小規模多機能居宅介護事業所　重要事項説明書

＜　令和８年８月１日現在　＞

１　当施設が提供するサービスについての相談窓口

電話　０４９４－２６－７５１５

担当　　関口　　寿

※ご不明な点は、何でもおたずねください。

２　小規模多機能型居宅介護施設　万葉の郷の概要

① 提供できるサービスの種類

小規模多機能型居宅介護サービス及び付随するサービス

② 事業所の名称及び所在地等

事業所名称	小規模多機能型居宅介護施設　万葉の郷
所在地	埼玉県秩父市下吉田７６２４－４
介護保険指定番号	小規模多機能型居宅介護 （介護予防小規模多機能居宅介護） 秩父市　第１１９４９００１８７

③ 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者（介護職と兼務）	１名	名	サービス管理全般	１名
介護支援専門員（介護職員と兼務）	１名	名	サービス計画の立案・管理等	１名
介護職員（２名兼務）	８名	４名	日常介護業務	１２名
看護職員	１名	名	医療、健康管理業務	１名

④ 事業所の設備の概要

個室	７室	食堂兼居間	１ヶ所
相談室	１室	浴室	一般浴槽
トイレ	２箇所	その他	

ご利用の居室は、ご利用者の状況等により、ご相談の上、決めさせていただきます。入居後においてもご利用者の状況やご希望により変更す

ることがあります。

3　サービス内容

① 小規模多機能型居宅介護サービス計画の立案

介護支援専門員と介護関係職員が協議して計画を立て、利用者又はご家族の方に説明し、同意を頂きます。

② 食事

食事提供時間は、以下のとおりです。

朝食　　８：００　　～

昼食　１２：００　　～

夕食　１８：００　　～

以上の他、おやつ、湯茶などのサービスがあります。原則、食堂にておとりいただきますが、利用者の状態、ご希望によって居室やその他の場所での食事にも対応いたします。療養食希望時は、栄養士と相談も可能です。

③ 入浴

毎日、入浴の機会を設けております。ただし、利用者の体調や希望により、入浴回数の調整をさせていただく場合や清拭となる場合があります。

④ 介護

小規模多機能型居宅介護サービス計画に沿って下記の介護を行います。

（着替え、排泄、食事等の介助、おむつ交換、体位交換、シーツ交換、施設内外の移動の付き添いや自宅での生活支援等）

⑤ 機能訓練

在宅生活継続へつなげられるよう、必要に応じて機能回復訓練を行います。

⑥ 生活相談

常勤の職員に、介護以外の日常生活に関することも含め相談できます。

⑦健康管理

当事業所では、看護職員による健康管理及びバイタルチェック・与薬等医療的管理を行っています。なお、定期受診は原則、御家族様でお願いします。

⑧緊急時の対応

体調の変化等、緊急の場合は必要な緊急措置を行うとともに家族等の緊急連絡先に連絡します。

⑨安全管理

防災、避難訓練等設備を含め安全面に常時配慮しています。

⑩療養食の提供

当事業所では、通常のメニューのほかに医療上必要な場合等のために特別食提供も可能です。詳しくは、職員にご相談下さい。

⑪所持品等の保管

特別な事情がある所持品等についてはお預かりいたします。ただし、お預かりできる所持品などの種類や量には制限があります。詳しくは、職員にご相談ください。

⑫レクリエーション

当事業所では、種々の行事が行われます。行事によっては、参加費（自費）がかかるものもあります。詳しくは、その都度ご説明の上、ご承諾をいただきます。

⑬その他のサービス

ア　通院サービス

医療上必要な場合は、通院サービスが行われます。

イ　散髪サービス

当事業所では、散髪サービスを実施しております。実費をいただきます。

ウ　その他のサービス

介護保険以外のサービス等については、その都度お申し出を受け、ご相談させていただきます。サービスの内容によっては料金がかかります。

４　利用料金

①利用料自己負担額は介護保険負担割合証に記載された割合となります。

【地域区分別１単位の単価１０円(その他地域)】

月　額	要支援１	要支援２	要介護１	要介護２	要介護３	要介護４	要介護５
１割負担の場合	3450 円	6972 円	10458 円	15370 円	22359 円	24677 円	27209 円
２割負担の場合	6900 円	13944 円	20916 円	30740 円	44718 円	49354 円	54418 円
３割負担の場合	10350 円	20916 円	31374 円	46110 円	67077 円	74031 円	81627 円

②　宿泊費　一泊　１８６０円

③　食　費　　朝食　３９０円　　昼食　６７０円　　夕食　５２０円

（１日　１５８０円です。）

④　事業所のサービス体制による加算

当事業所サービス体制によって以下の所定料金が加算されます。ただし、職員体制が変わることにより、加算が変更となる場合があります。

加算料金【地域区分別１単位の単価１０円(その他地域)】

	１割負担の場合	２割負担の場合	３割負担の場合	備考
初期加算(１日あたり)	３０円	６０円	９０円	
認知症加算（Ⅲ）(１月あたり)	７６０円	１，５２０円	２，２８０円	主治医意見書の認知症自立度Ⅲ以上
認知症加算（Ⅳ）(１月あたり)	４６０円	９２０円	１，３８０円	介護度２に該当し主治医意見書の認知症自立度Ⅱ以上
若年性認知症利用者受入加算	８００円	１，６００円	２，４００円	
看護職員配置加算(Ⅱ)	７００円	１，４００円	２，１００	常勤かつ専従の准看護師を配置
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	７５０円	１，５００円	２，２５０円	介護福祉士 70%以上配置
訪問体制強化加算(１月あたり)	１，０００円	２，０００円	３，０００円	

総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）(1月あたり)	1，200円	2，400円	3，600円	
科学的介護推進体制加算		40円 (1月につき)	80円 (1月につき)	120円 (1月につき)
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)		所定単位数に 18.6%を乗じた額（支給限度管理の対象外）		
特別地域小規模多機能型居宅介護加算		離島、山間へき地などの地域に所在する事業所の介護支援専門員が居宅介護支援を行った場合。		所定単位数の15%を加算

介護予防加算料金【地域区分別１単位の単価１０円(その他地域)】

	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	備考
初期加算(1日あたり)	30円	60円	90円	
若年性認知症利用者受入加算	450円	900円	1，350円	
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750円	1，500円	2，250円	介護福祉士 70%以上配置
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）(1月あたり)	1，200円	2，400円	3，600円	
科学的介護推進体制加算	40円 (1月につき)	80円 (1月につき)	120円 (1月につき)	
介護職員等処遇改善加算(Ⅰロ)		所定単位数に 18.6%を乗じた額（支給限度額管理の対象外）		
特別地域小規模多機能型居宅介護加算		離島、山間へき地などの地域に所在する事業所の介護支援専門員が居宅介護支援を行った場合。		所定単位数の15%を加算

その他の料金

紙おむつ、パッドその他、療養食や散発費などの料金は自費をご負担いただきます。

○支払い方法

利用月の翌月５日までに請求をいたします。口座振替（毎月２８日）によりお支払いいただき入金を確認後、領収証を発行します。

お支払い手続きは、ご契約の際にご説明いたします。

○料金の変更など

介護保険関係法令の改正、その他の理由により料金を変更することとなった場合は、事前に文書により通知します。

料金についてご不明な点がございましたら、遠慮なくお問い合わせください。

５　ご利用の手続き

（１） お電話でお申し込みください。ご利用時と同時に契約を結び、サービス提供を開始します。「居宅サービス計画」の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（２） 契約終了手続き

①ご利用者のご都合で契約を終了される場合

契約終了を希望する日の７日前までにお申し出ください。

②自動終了。以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

・ご利用者が他の介護保険施設を利用した場合・・・その翌日

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援・要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合は、所定の期間の経過を持って契約を終了していただくことになります。

・ご利用者がお亡くなりになった場合・・・その翌日

③その他

・ご利用者が、サービス利用料金の支払いを支払期限まで支払うことがなく、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、１５日以内に支払わない場合、または、ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所に従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を終了していただく場合がございます。この場合、契約終了３０日前までに文書で通知いたします。

・ご利用者が病院または診療所に入院し、明らかに１ヶ月以内に退院できる見込みがない場合、または入院後１ヶ月経過しても退院できないことが明らかになった場合、文書で通知のうえ、契約を終了させていただく場合もございます。この場合、退院後に再度利用を希望される場合は、お申し出ください。

・やむを得ない事情により、当事業所を閉鎖または縮小する場合、契約を終了さ

せていただく場合がございます。

・上記①から③により契約が終了した場合であって、ご利用者のやむを得ない事由によりその契約終了日の翌日以降に事業所を利用することとなるときは、その利用に要する自費を請求します。

6　秘密の保持

（1） 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（2）利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

（3）利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに務めます。

7　緊急時の対応方法

ご利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡するなど必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかに連絡いたします。

緊急連絡先①

氏　　名	
住　　所	
電　話　番　号	自宅　　携帯
続　　柄	

かかりつけ医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

かかりつけ歯科医＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急連絡先②

氏　　名	
住　　所	
電　話　番　号	自宅　　携帯
続　　柄	

保証人等連絡先（選任されている場合のみご記入ください）

氏　　名	
住　　所	
電　話　番　号	自宅　　携帯
続　　柄	

８　その他

① 協力医療機関

国保町立小鹿野中央病院　０４９４－７５－２３３２

住所：埼玉県秩父郡小鹿野町小鹿野３００

② 協力歯科医院

てしがはら歯科医院　０４９４－７７－２２１８

住所：秩父市吉田久長１２６－１

９　苦情相談

この契約の履行に関する相談や苦情につきましては、当事業所介護支援専門員のほか、第三者委員、秩父市介護保険担当課及び埼玉県国民保険団体連合会の窓口でもお受けしています。

☆サービス相談、苦情窓口

１小規模多機能型居宅介護施設　万葉の郷

担当者　　管 理 者　　関口　寿

電話番号　　０４９４－２６－７５１５（代表）

受付時間　　９時から１６時

２第三者委員

引間正人　電話番号　０４９４－７２－６００８

中原照夫　電話番号　０４９４－７７－１３００

３秩父市

高齢者介護課　　電話番号　０４９４－２５－５２０５（直通）

吉田総合支所　　電話番号　０４９４－７２－６０８２（直通）

横瀬町福祉介護課　電話番号　０４９４－２５－０１１６（直通）

皆野町福祉課　　電話番号　０４９４－６２－１２３３（直通）

小鹿野町福祉課（保健福祉センター内）

電話番号　０４９４－７５－４４２１（直通）

４埼玉県国民健康保険団体連合会

電話番号　０４８－８２４－２５６８（苦情相談専用）

１０　提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有　・　(無)

令和　　年　　月　　日

小規模多機能型居宅介護事業所利用に当たり、ご利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明し、同意を得ました。

事業者　社会福祉法人　秩父福祉会
名称　　小規模多機能型居宅介護施設　万葉の郷
所在地　埼玉県秩父市下吉田　７６２４－４
説明者　役職
　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、契約書及び本書面により、事業所から小規模多機能型居宅介護事業所についての重要事項の説明を受け同意しました。

利用者

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身元引受人

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

後見人（※選任されている場合のみ）

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

個人情報使用同意書

私、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

１　使用する目的

(1)　居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合

(2)　利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報提供

２　使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

３　使用する期間　　契約で定める期間

４　条件

（１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと

（２）個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

社会福祉法人　秩父福祉会　様

年　　月　　日

＜利用者＞

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＜家族の代表＞

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者は身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

＜署名代筆者＞

氏　　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿