

小規模多機能ホームすずかけ重要事項説明書

【令和 7 年 4 月 1 日現在】

1. 当法人が提供するサービスについての相談窓口

電話： 0276-91-8151（8：30～17：30）

担当： 齋藤 徹也

ご不明な点は、お尋ねください。

2.小規模多機能ホームすずかけの概要

(1)提供できるサービスの種類

施設名称	小規模多機能ホームすずかけ
所在地	群馬県邑楽郡邑楽町中野 5260-1
介護保険番号	群馬県 1093100079
通いサービス	月～日 8：00～17：00
訪問サービス	随時
宿泊サービス	月～日 17：00～8：00

(2)施設の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1 名	-	事業内容調整	1 名
計 画 作 成 担 当 者	介護支援専門員 1 .	1 名	-	サービスの調整・相談業務	1 名
介護職員		4 名	5 名	日常生活の介護・相談業務	8 名
看護職員	看護師 2 .	1 名	-	健康チェック等の医務業務	1 名

(3)施設の設備等

居室・設備の種類	室数	備考	居室・設備の種類	室数	備考
宿泊室（個室）	9 室	洋室 8 室・ 和室 1 室	浴室	3 室	一般浴・個室浴・機械浴
居間			消防設備		スプリンクラー
食堂			その他		
台所					

1 . 介護職員と兼務

2 . 特養看護師および特養機能訓練指導員と兼務

3.サービス内容

(1)通いサービス

事業所のサービス拠点において、食事、入浴、排せつ等の日常生活の世話や機能訓練を提供します。

食事

- ・ 食事の提供及び介助をします
- ・ 調理場で利用者が調理することができます

入浴

- ・ 入浴又は清拭を行います
- ・ 衣類の着脱、身体の清拭、洗髪及び洗身の介助を行います

排せつ

- ・ 利用者の状況に応じて適切な排せつの介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います

機能訓練

- ・ 利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能低下を防止するよう努めます

健康チェック

- ・ 血圧測定等利用者の全身状態の把握を行います

送迎サービス

- ・ ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います

(2)訪問サービス

- ・ 利用者のご自宅にお伺いし、食事等の日常生活上の世話を提供します。
- ・ 訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で提供させていただきます。

(3)宿泊サービス

- ・ 事業所に宿泊していただき、食事等の日常生活上の世話及び訓練機能を提供します。

4.サービス利用料金

(1)基本料金…通い・訪問・宿泊（介護費用分）すべてを含んだ一月単位の包括費用の額

1 月あたりの利用料金		介護保険適用時の負担額		
		1 割負担	2 割負担	3 割負担
要支援 1	34,500 円	3,450 円	6,900 円	10,350 円
要支援 2	69,720 円	6,972 円	13,944 円	20,916 円
要介護 1	104,580 円	10,458 円	20,916 円	31,374 円
要介護 2	153,700 円	15,370 円	30,740 円	46,110 円
要介護 3	223,590 円	22,359 円	44,718 円	67,077 円
要介護 4	246,770 円	24,677 円	49,354 円	74,031 円
要介護 5	272,090 円	27,209 円	54,418 円	81,627 円

総合マネジメント体制強化加算（ ） 800 円

認知症加算（ ） 760 円 認知症加算（ ） 460 円

生産性向上推進体制加算 10 円

介護職員等処遇改善加算 利用単位数の 14.6%

宿泊費 2,006 円

食事代 1,530 円（朝食代 400 円、昼食代 600 円、夕食代 530 円）

洗濯料金 1 回 100 円

(2)支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求をしますので、利用月の翌月末日までにお支払いをお願いいたします。

(3)その他

お客様が、サービス利用料金の支払いを 1 ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、20 日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当施設や当施設の従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、または、やむを得ない事情により、当施設を閉鎖または縮小する場合は、30 日前までに文書通知することにより、サービス契約を解除させていただくことがあります。この場合は、契約終了となります。

5.当施設のサービスの特徴等

(1)運営方針

当施設は、老人福祉の理念に基づき、居宅において常時介護を受けることが困難な者を収容し、介護をすることを目的としております。

利用者の福祉増進を図り、常に機能の充実と福祉のサービスの向上に努めるため、次の目標実現のために努力します

- (イ) 人格を尊重し、健全で安らかな生活が送れるように目指す。
- (ロ) 家庭的な雰囲気を作り、楽しい日常生活ができるよう目指す。
- (ハ) 心身の機能に目を向け、介護機能を生かし自立を目指す。
- (ニ) 地域及び保健医との連携を深め、地域福祉の拠点化を目指す。
- (ホ) 愛情、協力、自立を目標に入居者、職員が一体となるよう目指す。

(2)サービス利用

事項	有無	備考
男性介護員の有無	○	
従業員への研修の実施	○	施設内・外部研修を開催参加
サービスマニュアルの作成	○	
身体的拘束廃止委員会	○	
苦情処理第三者委員会	○	

(3)施設利用にあたっての留意事項

イ)サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください

ロ)事業所内の設備等は本来の用途にしたがって、ご利用ください。

尚、これに反したご利用により破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。

ハ)禁止行為

利用者は、施設内で次の行為をしてはならない。

管理者が定めた場所と時間以外で喫煙若しくは飲酒すること。

指定された場所以外で火気を用いること。

自炊すること。

喧嘩、口論、泥酔等で他人に迷惑をかけないこと。

その他管理者が定めたこと。

ニ)損害賠償

利用者が、故意又は過失によって施設の設備等に損害を与えたときは、その損害を弁償させ又は現状に回復させることができる。

6.緊急時の対応方法

利用者に容態の変化等があった場合には、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡します。

7.非常災害対策

(1)防災時の対応

管理者は常に非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、定期的に必要な訓練を行うものとする。入居者は非常災害対策に可能な限り協力しなければならない

(2)防火設備

自動火災報知設備、誘導灯、消火器、非常放送設備、非常通報設備、スプリンクラー設備及び非常用屋外サイレン設備

(3)防火訓練 年2回実施（昼間想定訓練及び夜間想定訓練）

8.提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無 無し

実施年月日	評価機関	開示状況
該当無し		

9.事故発生時の対応について

- (1)当事業所は利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じます
- (2)当事業所は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、保管します。
- (3)当事業所は、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

10.サービス内容に関する相談及び苦情等

当施設のサービスに関する相談及び苦情等はサービス提供責任者か下記窓口でお申し出ください。

(1)当施設ご利用者相談・苦情担当

サービス相談窓口

電話番号 0276-91-8151 担当者 計画作成担当員 齋藤 徹也

（受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：30）

(2)その他

当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

邑楽町健康福祉課

電話番号 0276-88-5511

群馬県国民健康保険団体連合会

電話番号 027-290-1363

11.運営推進会議の設置

当事業所では、小規模多機能型居宅介護の提供にあたり、サービスの提供状況について定期的に報告するとともに、その内容等についての評価、要望及び助言を受けるために下記のとおり運営推進会議を設置しています。

【運営推進会議】

構成：利用者、利用者の家族、邑楽町第1区区長、邑楽町健康福祉課職員、
邑楽町第1区民生委員等

開催：隔月で開催

会議録：運営推進会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します

12.当法人の概要

名称・法人種別 社会福祉法人 ポプラ会

代表者役職・氏名 理事長 堀越 裕一

本部所在地 群馬県館林市田谷町 1187 番地 1

電話番号 0276-77-2230

定款の目的に定めた事業

第一種社会福祉事業

特別養護老人ホームの設置経営 軽費老人ホームの設置経営

第二種社会福祉事業

老人通所介護事業 老人短期入所生活介護事業

老人介護支援センター 認知症対応型共同生活介

公益を目的とする事業

居宅介護事業 訪問入浴事業

11.その他

契約をする場合は以下のことを確認すること

令和 年 月 日

小規模多機能ホームすずかけのご利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書に基づいて重要事項を説明しました。

事業所 所在地：群馬県邑楽郡邑楽町中野 5260-1

名称： 小規模多機能ホームすずかけ

法人名：社会福法人ポブラ会

代表者氏名： 理事長 堀越 裕一 印

説明者氏名： 計画作成担当者 齋藤 徹也 印

私は、契約書及び本書面により、事業所から説明を受け、指定小規模多機能居宅介護サービスの提供開始に同意し受領します。

利用者

住所：

氏名：

印

(代理人)

住所：

氏名：

印