

共生型小規模多機能ホーム Ohanaサテライト上成

当施設は倉敷市の指定を受けています。
(倉敷市指定 第 3390201998 号)

重要事項説明書
〈2026年6月1日現在〉

重要事項説明書

共生型小規模多機能ホーム Ohanaサテライト上成 〈令和 8年 6月 1日現在〉

あなたに対する小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1 事業者の概要

事業者名称	富田ケアセンター有限公司
主たる事務所の所在地	岡山県倉敷市玉島道口2754-1
法人種別	有限公司
代表社名	山中 祥吉
電話番号	(086) 526-5900

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	共生型小規模多機能ホーム Ohanaサテライト上成
指定事業者番号	3390201998
所在地	岡山県倉敷市玉島上成652-4
電話番号	(086) 436-7671

営業日		365日
営業時間	訪問系サービス	24時間
	通いサービス	9時30分～16時30分
	宿泊サービス	16時30分～翌9時30分
通常の事業の実施地域		倉敷市
登録定員		18名
利用定員	通いサービス	12名
	宿泊サービス	4名

※ 当事業所は、原則として利用申し込みに応じますが、ご登録を頂いている場合であっても、利用定員を超過する場合には、通いサービス又は宿泊サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者様が可能な限りその居宅において、又はサービスの拠点に通わせ、もしくは短期間宿泊させ、当該拠点において、家庭的な環境と、地域住民との交流の下と、地域住民との交流の下で、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、その有する能力に応じ、その居宅において自立した日常生活を営むことができるよう必要な援助を行うことを目的とします。
運営の方針	「私共は常に利用者様の要望を可能な限り受け止め、全ての人の為になるかどうか考え、そして、全ての人が満足できるよう務め、全ての人に愛される事業所を事業所を目指します。全ての人とは、利用者様、利用者様家族、地域の方々、そして我々職員の事である。」という法人理念を遵守しつつ、利用者・地域住民の方々と質の高い生活支援空間を作り上げていきます。

4 従業員の職種及び勤務の体制

従業員の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者	認知症対応型サービス事業管理者研修	1人	常勤1名（兼務）
介護職員		4人以上	常勤1名以上
計画作成担当者	小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修	1人以上	常勤1名（兼務）以上

5 設備概要

居間兼食堂 96.69㎡	浴室 一般浴・手すり・ナースコール
宿泊室 4室	送迎車 2台
トイレ 2か所（内、車いす対応1か所）	

6 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

①小規模多機能型居宅介護費

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用	単位	利用料（負担割合1割の場合）
小規模多機能型居宅介護サービス	介護保険法の内容に沿ったもの	適用有	一月	要介護1：10,458単位
				要介護2：15,370単位
				要介護3：22,359単位
				要介護4：24,677単位
				要介護5：27,209単位

②介護予防小規模多機能型居宅介護費

サービスの種類	内容・標準的な手順	保険適用	単位	利用料（負担割合1割の場合）
介護予防小規模多機能型居宅介護サービス	介護保険法の内容に沿ったもの	適用有	一月	要支援1：3,450円
				要支援2：6,972円

食事・宿泊費

食事の提供に関する費用	朝食	給付外	一食	300円
	昼食			750円
	夕食			750円
宿泊に要する費用	4部屋（個室） 定員数4人	給付外	一泊	3,000円

※利用料は負担割合2割、3割の場合は負担割合に応じた小規模多機能型居宅介護費となる。

その他の費用

種類	M	L	L L
尿取りバット	30円	50円	
リハビリパンツ	150円	170円	230円
紙おむつ	160円		
連絡帳	100円（希望者のみ）		

7 交通費実費

事業の実施地域にお住まいの方は無料です。利用者の居宅が当該事業所の通常の事業実施地域以外にある時は、送迎に要する費用及び訪問サービスに要した交通費について、距離に応じて（片道1kmにつき100円）実費を請求致します。

8 苦情申立窓口

共生型小規模多機能ホーム Ohanaサテライト上成	平日 午前8時30分～午後5時30分 土日 午前8時30分～午後5時30分 TEL (086) 436-7671
苦情対応窓口	苦情相談窓口 苦情対応責任者 寺脇 弥博 苦情受付担当者 寺脇 弥博

行政機関その他苦情受付機関

倉敷市役所介護保険課	倉敷市西中新田640 TEL (086) 426-3343 受付時間 8時30分～17時15分 （土・日・祝日・年末年始を除く）
岡山県国民健康保険団体連合会	岡山市北区桑田町17-5 TEL (086) 223-8811 受付時間 8時30分～17時00分 （土・日・祝日・年末年始を除く）

9 緊急時の対応方法

利用者の主治の医師又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従うとともに、緊急連絡先に連絡致します。

利用者の主治の医師	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人社団 新風会 玉島中央病院
	院長名	櫻井 勝
	所在地	倉敷市玉島阿賀崎2-1-1
	電話番号	(086) 526-8111
	診療科	外科 内科 泌尿器科 皮膚科等

協力医療機関	医療機関の名称	公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院リバーサイド
	院長名	中島 尊
	所在地	倉敷市鶴の浦2-6-11
	電話番号	(086) 448-1111
	診療科	整形外科 内科 循環器内科等

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人 東風会 守屋歯科医院
	院長名	守屋 啓吾
	所在地	倉敷市連島矢柄5859
	電話番号	(086) 446-6400
	診療科	歯科

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する小規模多機能型居宅介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

11 非常災害対策

医療機関への通報・連絡体制の整備について	法人の設置する事故・安全委員会に参画すると共に、速やかに関係機関への通報、連絡ができるよう災害時マニュアルを作成しています。
避難・救出等必要な訓練の実施について	避難訓練は年2回計画いたします。
防火管理責任者	中本 勇次

各種加算について

加算の項目	単位	内容
初期加算	30（1日につき）	登録日から起算して30日以内の期間。30日を越える病院・診療所への入院後に小規模多機能型居宅介護事業所の利用を再開した場合も同様です。
認知症加算（Ⅲ）	760（1月につき）	日常生活に支障をきたす恐れのある症状又は行動が認められるため介護を必要とする認知症の方
認知症加算（Ⅳ）	460（1月につき）	要介護2で周囲の者による日常生活に対する注意を必要とする認知症の方
若年性認知症利用者受入加算	800（1月につき）	受け入れた若年性認知症利用者ごとに個別の担当者を定めていること 認知症加算のいずれかを算定している場合には、当加算は算定しない
訪問体制強化加算	1,000（1月につき）	①訪問サービスを担当する常勤の従業者を2名以上配置し全ての登録者に対する訪問サービスの提供回数が1月あたり延べ200回以上であること ②小規模多機能型居宅介護事業所が同一建物に集合住宅を併設する場合は同一建物居住者以外の者の占める割合が50%以上であって、かつ①の要件を満たす場合に算定。但し訪問サービスの提供回数は、同一建物居住者以外の者に対する訪問サービスの提供回数について計算を行う
総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ）	1,200（1月につき）	①利用者の心身の状況・家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、ケアマネジャー、看護師、准看護師、介護職員等が共同し計画の見直しを行うこと ②利用者の地域での多様な活動が確保されるよう、日常的に地域住民との交流を図り、利用者の状態に応じて、地域の行事や活動等に参加すること ③日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること ④必要に応じて、多様な主体が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成していること ⑤次に掲げるいずれかに適合すること （一）地域住民との連携により、地域資源を効果的に活用し、利用者の状態に応じた支援を行っていること （二）障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し、地域において世代間の交流を行っていること （三）地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会等を実施していること （四）市町村が実施する通いの場や在宅医療・介護連携推進事業等の地域支援事業等に参加していること
生産性向上推進体制加算（Ⅰ）	100（1月につき）	次のいずれにも適合すること。 ①利用者の安全並びに介護サービスの質の確保及び職員の負担軽減に資する方策を検討するための委員会において、次に掲げる事項について必要な検討を行い、及び当該事項の実施を定期的に確認していること （一）業務の効率化及び質の向上または職員の負担軽減に資する機器（以下、「介護機器」という）を活用する場面における利用者の安全及びケアの質の確保 （二）職員の負担の軽減及び勤務状況への配慮 （三）介護機器の定期的な点検 （四）業務の効率化及び質の向上並びに職員の負担軽減を図るための職員研修 ②上記①の取り組み及び介護機器の活用による業務の効率化及び職員の負担軽減に関する実績があること ③介護機器を複数種類活用していること ④上記①の委員会において、職員の業務分担の明確化等による業務の効率化及び質の確保並びに負担軽減について必要な検討を行い、当該検討を踏まえ、必要な取り組みを実施し、及び当該取り組みの実施を定期的に確認すること ⑤事業年度ごとに①、③及び④の取り組みによる業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること（オンラインにより1年以内ごとに1回）

生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)	10 (1月につき)	次のいずれにも適合すること。 ①生産性向上推進体制加算(Ⅰ)の①に適合していること ②介護機器を活用していること ③事業年度ごとに①、②の取り組みによる業務の効率化及び質の確保並びに職員の負担軽減に関する実績を厚生労働省に報告すること(オンラインにより1年以内ごとに1回)
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	750 (1月につき)	①従業者の個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施予定②利用者の情報・留意事項の伝達または従業者の技術指導を目的とした介護を定期的に行う、加算(Ⅰ)従業者(保健師・看護師又は准看護師を除く)のうち介護福祉士が70%以上もしくは従業者(看護師又は准看護師であるものを除く。)の総数のうち、勤続年数10年以上の介護福祉士の占める割合が25%以上であること。登録定員超過利用及び人員基準欠如に該当しないこと。
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	640 (1月につき)	①従業者の個別の研修計画を作成し、研修を実施又は実施予定②利用者の情報・留意事項の伝達または従業者の技術指導を目的とした介護を定期的に行う、加算(Ⅱ)従業者(保健師・看護師又は准看護師であるものを除く。)のうち、介護福祉士の占める割合が50%以上であること。登録定員超過利用及び人員基準欠如に該当しないこと。
サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	350 (1月につき)	加算(Ⅲ)従業者(保健師・看護師又は准看護師を除く)のうち介護福祉士が40%以上 従業者の総数のうち、常勤職員の占める割合が60%以上 従業者の総数のうち、勤続年数7年以上の者の占める割合が30%以上であること。登録定員超過利用及び人員基準欠如に該当していないこと。
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)□	所定単位数の18.3%を加算	左記の所定単位数とは、基本報酬・各種加算を加えた総単位数とする。
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)□算定要件		※介護職員等処遇改善加算Ⅱ□取得にあたっては月額賃金改善要件、キャリアパス要件Ⅰ～Ⅳを取得すると共に職場環境等要件の区分ごとの取り組み、生産性向上や協働化に係る取組等、所定の要件を満たすこと ①月額賃金改善要件：処遇加算Ⅳの1/2以上の月額賃金改善 ②キャリアパス要件Ⅰ：任用要件・賃金体系の整備等 ③キャリアパス要件Ⅱ：研修の実施等 ④キャリアパス要件Ⅲ：昇給の仕組みの整備等 ⑤キャリアパス要件Ⅳ：改善後の賃金要件(440万円1人以上) ⑥職場環境等要件：区分(1、資質の向上やキャリアアップに向けた支援、2、両立支援・多様な働き方の推進、3、腰痛を含む心身の健康管理、4、生産性向上(業務改善及び働く環境改善)のための取組、5、やりがい・働きがいの醸成)ごとに2以上の取組(生産性向上は3以上) ⑦職場環境等要件：HP掲載等を通じた見える化(取組内容の具体的記載) ⑧生産性向上や協働化に係る取組
科学的介護推進体制加算	40/月 短期利用については算定しない	①利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況その他の利用者の心身状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出していること。 ②必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を見直すなど小規模多機能型居宅介護の提供にあたって①に規定する情報その他小規模多機能型居宅介護を適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用している事。

令和 年 月 日

当事業者は、（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

富田ケアセンター有限公司 代表取締役 山中 祥吉

共生型小規模多機能ホーム Ohanaサテライト上成

説明者
職名 _____

氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明と交付を受け、（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供開始に同意しました。

利用者	住所 _____ 氏名 _____ 代筆者 _____
-----	--

利用者家族等（代理人・身元引受人）

① 住所	_____ 氏名 (続柄) _____
② 住所	_____ 氏名 (続柄) _____