

重要事項説明書

(小規模多機能型居宅介護サービスアットホーム仁愛)

あなたに対する小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始にあたり、平成18年3月14日厚生労働省令第34号第88条(準用)第9条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者名称	株式会社 仁愛ケアサービス
主たる事務所の所在地	福井市乾徳4丁目5-5
法人種別	株式会社
代表者名	代表取締役社長 川塚 れい子
電話番号	0776-30-5600

2 ご利用事業所

ご利用事業所の名称	小規模多機能型居宅事業所アットホーム仁愛
指定事業者番号	1890100397
所在地	福井市乾徳4丁目4-10
電話番号	0776-97-8011

営業日	365日	
営業時間(訪問サービス)	24時間	
同(通いサービス)	6時～21時	
同(宿泊サービス)	21時～6時	
通常の事業の実施地域	日新地区・東安居地区・湊地区・安居地区・清水北・清水東地区・清水南地区・清水西地区・一光地区・殿下地区・社北地区・社西地区・足羽地区・西藤島地区・春山地区・松本地区・宝永地区・順化地区・豊地区・日之出地区・旭地区・明新地区	
登録定員	29人	※当事業所は、原則として利用申込みに応じますが、ご登録をいただ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または宿泊サービスの提供が出来ない日がある場合がありますのでご了承ください。
利用定員(通いサービス)	18人	
同(宿泊サービス)	9人	

3 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態にある高齢者に対して地域密着サービスの提供
運営の方針	要介護者が可能な限り住み慣れた地域でその人らしい暮らしが実現できるよう、通い、訪問、宿泊等を柔軟に組み合わせることにより家庭的な環境と地域住民との交流の下で必要な日常生活上の援助を行い、利用者が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ことを基本方針とする。

4 従業者の職種、員数及び勤務の体制

従業者の職種	資格	員数	勤務の体制
管理者	介護福祉士	1人	常勤1名
介護従業者	介護福祉士	5人以上	常勤3名以上 非常勤2名以上
	介護職員	2人以上	常勤1名以上 非常勤1名以上
	看護師又は准看護師	1人以上	常勤1名、非常勤1名
介護支援専門員	介護支援専門員	1人以上	常勤1名

5 サービスの内容及び利用料その他の費用の額

(1) サービスの内容

① 小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）の作成
 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、病状、希望及びその置かれている環境並びに家族介護者の状況を十分に把握し、他の職員と協議の上、援助目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した小規模多機能型居宅介護計画（介護予防小規模多機能型居宅介護計画）を個別に作成します。

② 通いサービス及び宿泊サービス

事業所において、食事や入浴、排泄等の日常生活上の援助や機能訓練等を提供します。

ア 日常生活の援助

日常生活動作能力に応じて、必要な介護を行います。

イ 健康チェック

血圧測定等の利用者の身体状況の把握を行います。

ウ 生活リハビリ（機能訓練）

利用者が日常生活を営むのに必要な機能を維持する為の生活リハビリ及び利用者の心身の活性化を図るための必要な援助を行います。また、外出の機会の確保その他利用者の意向を踏まえた地域社会生活の為の支援を行います。

エ 食事支援

栄養並びに利用者の心身の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
また、季節等により特別料理を提供します。

オ 入浴支援

身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことが出来るよう、適切な方法により、利用者に提供の機会を提供します。なお、やむを得ない場合には、清拭を行うことをもって入浴の機会に代えるものとします。
入浴サービスの利用は任意です。

カ 排泄支援

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

キ 機能訓練

生活を重視した生活リハビリを基本として利用者の状況に適した機能訓練を行い、身体機能の低下を防止するよう努めます。

ク 送迎支援

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

ケ 訪問サービス

- ・利用者の居宅を訪問し、食事や入浴、排泄等の日常生活上の必要なサービスを提供します。
- ・訪問サービス実施のための必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます。
- ・訪問サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

①医療行為

②ご契約者もしくはその家族からの金銭または高額な物品の授受

③飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙

④ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動

⑤その他ご契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

コ 宿泊サービス

事業所に宿泊していただき、食事、入浴、排泄等の日常生活上の支援や機能訓練を提供します。

サ 相談・助言等

利用者やその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言、申請代行等を行います。

(2) 利用料金

利用料金については次のとおりになります。

①小規模多機能居宅介護サービス費及び介護予防小規模多機能居宅介護サービス費

要介護度	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
単位数	3,450 単位	6,972 単位	10,458 単位	15,370 単位	22,359 単位	24,677 単位	27,209 単位
料 金	34,964 円	70,905 円	106,357 円	156,312 円	227,391 円	250,965 円	276,715 円
1 割負担額	3,509 円	7,091 円	10,636 円	15,632 円	22,740 円	25,097 円	27,672 円
2 割負担額	7,018 円	14,181 円	21,272 円	31,263 円	45,479 円	50,193 円	55,343 円
3 割負担額	10,526 円	21,272 円	31,908 円	46,894 円	68,218 円	75,290 円	83,015 円

※料金＝単位数×10.17円、期間は1ヶ月単位

②加算について

種 類	内 容	単 位	期 間
若年性認知症加算（予防）	若年性認知症と診断された方に加算	450 単位	1 ヶ月
総合マネジメント加算（予防）	※1 個別サービス計画について、利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、他職種協働により随時適切に見直しを行い地域における活動への機会を確保した場合に加算	1,200 単位	1 ヶ月
処遇改善加算 I（予防）	※2 介護職員の介護報酬の処遇改善に努める為に加算	所定単位数（単位数）×14.9%	1 ヶ月
初期加算	始めて登録した日から起算して 30 日間加算	30 単位	1 日
看護職員配置加算	看護職員を常勤かつ専従として 1 名以上配置している事業所が加算	900 単位	1 ヶ月
サービス提供体制強化加算 I	介護従事者に対し研修をし、かつ従業員の総数のうち介護福祉士の数が 50 パーセント以上占めているときに加算	750 単位	1 ヶ月
訪問体制強化加算	訪問を担当する従業員を一定程度配置し、1 ヶ月の述べ訪問回数が一定数以上満たすと加算	1,000 単位	1 ヶ月
総合マネジメント 加算	※1 参照	1,200 単位	1 ヶ月
若年性認知症受け入れ加算	若年性認知症と診断された方に加算	800 単位	1 ヶ月
看取り連携加算	見取りにおけるサービスを提供した場合	64 単位	1 日
認知症加算Ⅲ	認知症生活自立度がⅢ以上の方に加算	760 単位	1 ヶ月
生産性向上推進体制加算Ⅱ	利用者の安全サービスの質の向上、業務の改善	10 単位	1 ヶ月
口腔・栄養スクリーニング加算	口腔内の健康状態、栄養状態の管理(半年ごと)	20 単位	6 ヶ月
認知症加算Ⅳ	要介護度が 2 でかつ、認知症生活自立度がⅡの方に加算	460 単位	1 ヶ月
処遇改善加算 I	※2 参照	所定単位数（単位数）×14.9%	1 ヶ月
科学的介護推進体制加算（LIFE 加算）	実践的な科学手法を取り入れ客観的な判断で適切なサービスを提供し介護の質の向上を図る。	40 単位	1 ヶ月

※料金＝単位数×10.17円

③短期利用居宅介護サービス費

小規模多機能居宅介護の宿泊室に空床がある場合は、登録人数に空きがあり、緊急やむを得ない場合、一定の条件のもとで、登録者以外の短期の利用が可能となります。

③短期利用居宅介護サービス費及び予防短期利用居宅介護サービス費

要介護度	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
単位数	424 単位	531 単位	572 単位	640 単位	709 単位	777 単位	843 単位
期間	1 日	1 日	1 日	1 日	1 日	1 日	1 日
サービス提供体制強化加算 I	25 単位						
処遇改善加算 I	所定単位× 14.9%						
認知症行動・心理症状緊急対応加算	200 単位						

※料金＝単位数×10,17円

※認知行動・心理症状緊急対策加算：認知の行動、心理症状により在宅生活が困難であり、緊急に短期利用居宅介護の利用が適当であると医師が判断した場合、利用を開始した日から起算して7日を限度として課される。

食事の提供に関する費用	朝食	500 円	1 回	実費負担
	昼食（おやつ含む）	660 円		
	夕食	610 円		
宿泊代に関する費用	1 名につき	1,900 円	1 泊	実費負担
オムツ代	パンパース・リハビリパツ	100 円	1 枚	実費負担
	尿取りパット	30 円		

ア 等費用は、通い、宿泊、訪問に係る介護費用すべてを含んだ1ヶ月単位での定の費用額となります。利用者の体調不良等や都合等で月の利用日数に増減があっても、日割り等による計算はありませんのでご了承下さい。

イ 月の途中から登録した場合、または月の途中で登録を終了した場合は、登録期間に応じて日割りした料金となります。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」は、次のとおりとなります。

- ・登録日 利用契約締結日ではなく、通い、宿泊、訪問のいずれかのサービスを実際に利用開始した日とします。
- ・登録終了日 利用契約を終了した日とします。

ウ 介護保険からの給付に変更があった場合、また加算等の内容が変更となった場合は、変更された額に合わせて、利用負担額を変更いたします。

6 交通費実費

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、事業実施地域を超える地点からの距離に応じ実費をいただきます。

7 苦情申立窓口

ご利用者相談窓口	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 土日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0776-97-8011 担当者 福岡 久子
福井市介護保険課	ご利用時間 平日 午前9時～午後5時 ご利用方法 電話 0776-20-5715 面接 福井市大手3-10-1
福井県国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時30分 ご利用方法 電話 0776-57-1614 面接 福井市西開発4-202-1 福井県自治会館4階

8 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います。
緊急連絡先に連絡いたします。

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	大滝病院
	院長名	大滝 憲夫
	所在地	福井市日光1丁目2番1号
	電話番号	0776-23-3215
	診療科	内・胃・呼・循・泌・神内・小児・アレルギー・外科
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り
	契約の概要	
協力医療機関	医療機関の名称	福井リハビリテーション病院
	院長名	大滝 哲郎
	所在地	福井市南檜原町20字大畑2
	電話番号	0776-59-1126
	診療科	内・胃・リハビリ・循環器
	入院設備	有り
	救急指定の有無	有り

協力歯科医療機関	医療機関の名称	玉井デンタルクリニック
	院長名	玉井 顕紀
	所在地	福井市乾徳4-4-7
	電話番号	0776-25-6221
	診療科	歯科
	入院設備	無し
	救急指定の有無	無し

9 非常災害対策

関係機関への通報・連絡体制の整備について	サービスの提供により事故が発生したときは、速やかに家族に連絡するとともに、必要な措置を行うものとします。
避難・救出等必要な訓練の実施について	仁愛のサービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとります。非常災害に備え、年2回以上の避難訓練を行います。

10 運営推進会議の概要

当事業所では、小規模多機能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、その内容についての評価、要望、助言を受ける為、下記のとおり運営推進会議を設置します。

構成：利用者代表、利用者家族代表、地元自治会関係者、 地元民生委員、地域包括支援センター職員 開催：概ね2か月に1回
--

11 高齢者虐待防止について

当事業所では利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次にあげるとおり必要な措置を講じます。

①研修等を通じて、職員の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。 ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。 ③職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

12 身体拘束について

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束」という。）を行いません。

緊急やむを得ない場合の検討	①緊急やむを得ない場合に該当する、以下の要件をすべて満たす状態であるか管理者、計画作成担当者、看護職員、介護職員
---------------	--

	<p>で構成する検討会議をします。</p> <p>②個人では判断しません。</p> <p>③当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。</p> <p>④身体拘束を行う以外に代替する介護方がない。</p>
家族への説明	<p>緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文章で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみおこなうものとします。</p>
再検討	<p>身体拘束を行った場合は、日々の心身の状態等の経過観察を行い検討会議にて、拘束の必要性や方法に関する再検討を行い、要件に該当しなくなった場合には、直ちに身体拘束を解除します。</p>

13 サービス利用にあたっての留意事項

<p>①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。</p> <p>②事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合は、弁償して頂く場合がございます。</p> <p>③問題行動（離棟・騒音・他の利用者様への迷惑等）を繰り返され、サービス提供ができないと判断した場合は、サービス提供を終了することがあります。</p> <p>④所持金は自己の責任で管理して下さい。</p> <p>⑤事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動はご遠慮下さい。</p> <p>⑥施設内での飲酒・喫煙はご遠慮ください。</p> <p>⑦訪問サービスでは、医療行為・利用者の家族に対するサービス提供は行いません。</p> <p>⑧急な宿泊サービスの利用は出来る限り対応いたしますが、宿泊の定員を超える場合には、利用できないことがあります。</p> <p>⑨急なサービスの変更により、食事のキャンセルが出来ない場合があります。（その場合は、食べなくても食事代を請求いたします。）</p> <p>⑩宿泊サービスは30日以上続けて利用する事は出来ません。 やむを得ない理由により、30日以上継続して利用を希望される場合は市役所へ届け出をさせていただきますが、利用できない場合があります。</p> <p>⑪宿泊サービスのご利用時のお部屋のご利用は、夜間のみの利用になります。日中や連泊者の方もお部屋をずっと使用することはできません。</p>

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲に対する小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に当たり、
□甲 に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

小規模多機能型居宅介護サービス事業者
主たる事務所所在地 福井市乾徳4丁目4-10

名称 アットホーム仁愛 印

説明者氏名 印

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。
私は、小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意します。

(甲) 利用者 住所
氏名 印

(甲) 署名代行者 住所
氏名 印