

重要事項説明書

小規模多機能あったかほ一む春日

エフビー介護サービス株式会社

(介護予防) 小規模多機能型居宅介護 重要事項説明書

1. 法人の概要

- (1) 名称 エフビー介護サービス株式会社
- (2) 所在地 長野県佐久市長土呂159番地2
- (3) 電話番号 0267-88-8188
- (4) 代表者氏名 代表取締役・柳澤 美穂
- (5) 設立年月日 1987年4月3日

2. 事業所の概要

- (1) 事業の種類 指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護
2014年3月10日指定 上高第6909号
- (2) 事業の目的 介護保険法令に従い、利用者様が住み慣れた地域で生活するために、可能な限り自宅で暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通い・訪問・宿泊サービスを柔軟に組み合わせてサービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 小規模多機能あったかほ一む春日
- (4) 事業所住所 新潟県上越市木田二丁目16番50号
- (5) 電話番号 025-521-0360
- (6) 管理者氏名 藤田 梨恵
- (7) 開設年月日 2014年3月10日
- (8) 登録定員 29人（通いサービス15人、宿泊サービス9人）
- (9) 居室等の概要 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。宿泊サービスの際に利用される居室は個室です。（ただし、利用者様の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。）

居室・設備の種類		室数・備考
宿泊室	個室	9（うち、居間兼用が4室）
居間兼宿泊室		4
食堂兼居間		1
台所		1
浴室		1
消防設備		消火器、自動火災報知設備、非常通報設備、スプリンクラー、避難誘導灯、非常用照明
トイレ		2

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 上越市全域
- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	365日
通いサービス	9時～17時
訪問サービス	24時間
宿泊サービス	17時～9時

※ 相談・受付時間については、9時～17時です。

4. 職員の配置状況

利用者様に対して小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護（以下「小規模多機能型居宅介護」という）を提供する職員として以下の職種を配置します。

＜主な職員の配置状況＞ ※ 職員の配置については、指定基準を遵守します。

職員の職種	職員数	職務の内容
管理者	1人	事業内容調整
介護支援専門員	1人	サービスの調整・相談業務
看護職員	1人	健康チェック等の医療業務
介護職員	7人以上	日常生活の介護・相談業務

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
管理者・介護支援専門員	勤務時間 8時30分～17時30分
介護職員	主な勤務時間 8時30分～17時30分 夜間の勤務時間 16時～10時
看護職員	勤務時間 8時30分～17時30分

※ その他、利用者様の状況に対応した勤務時間を設定します。

5. 小規模多機能型居宅介護計画について

- (1) 小規模多機能型居宅介護は、利用者様の人格を尊重し、住み慣れた地域での生活を継続することができるよう、地域住民との交流や地域活動への参加を図るとともに、利用者様の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通い・訪問・宿泊サービスを柔軟に組み合わせることにより地域での暮らしを支援するものです。
- (2) 事業者は、利用者様の状況に合わせて適切にサービスを提供するために利用者様と協議のうえで小規模多機能型居宅介護計画を定め、その実施状況を評価します。計画の内容及び評価結果は、書面に記して利用者様に説明のうえ交付します。

6. 事業所が提供するサービスと利用料金

(Ⅰ) 利用料金が介護保険から給付される場合（介護保険の給付対象となるサービス）
(Ⅱ) 利用料金の全額を利用者様に負担いただく場合（介護保険の給付対象とならないサービス）

(Ⅰ) 介護保険の給付対象となるサービス

(1) サービスの概要

具体的にそれぞれどのような頻度、内容で行うかについては利用者様と協議のうえ、小規模多機能型居宅介護計画及び介護予防小規模多機能型居宅介護計画（以下「小規模多機能型居宅介護計画」という）に定めます。

① 通いサービス

食事や入浴、排泄等の日常生活上の介助や機能訓練を提供します。

- ・ 食事 — 食事の提供及び食事の介助を行います。
- ・ 入浴 — 衣服の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身及び入浴の介助を行います。
- ・ 排泄 — 利用者様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。
- ・ 機能訓練 — 利用者様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。

- ・健康チェック — 血圧測定等利用者様の全身状態の把握を行います。
- ・送迎サービス — 利用者様の希望により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

利用者様の自宅に訪問し、食事や入浴排泄等の日常生活上の介助や機能訓練を提供します。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）は利用者様負担と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しません。

- ・医療行為
- ・利用者様またはご家族からの金銭または高価な物品の授受
- ・利用者様またはご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ・その他、利用者様またはご家族等に行う迷惑行為

③ 宿泊サービス

事業所に宿泊した利用者様に対し、食事・入浴・排泄等の日常生活上の介助や機能訓練を提供します。

(2) サービスの利用料金

通い・訪問・宿泊（介護費用分）利用料金は1か月ごとの包括費用（定額）です。利用者様の要介護に応じて利用料金が異なります。自己負担額は負担割合証に応じた1割から3割負担となります。料金は制度改正、物価の理由により変更する場合があります。金額表示については、端数処理により若干変動する場合があります。

		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
サービス利用料金		34,500円	69,720円	104,580円	153,700円	223,590円	246,770円	272,090円
自己負担額	1割	3,450円	6,972円	10,458円	15,370円	22,359円	24,677円	27,209円
	2割	6,900円	13,944円	20,916円	30,740円	44,718円	49,354円	54,418円
	3割	10,350円	20,916円	31,374円	46,110円	67,077円	74,031円	81,627円

利用者様の体調不良や状態の変化等により小規模多機能型居宅介護計画に定めた期日よりも利用が少なかった場合または多かった場合であっても日割りでの割引や増額はしません。月途中から登録した場合または月途中で登録を終了した場合は、登録した期間に応じて日割りの料金を請求します。なお、この場合の「登録日」及び「登録終了日」は、以下の日付を指します。

「登録日」… 利用契約を結んだ日ではなく、通い・訪問・宿泊のいずれかのサービスの利用を実際に開始した日

「登録終了日」… 利用契約が終了した日

(3) 加算 ご利用状況に応じて算定されます。

① 初期加算

事業所に登録した日から起算して30日まで算定。30日を超える入院をした後に再開する場合も同様。

初期加算 (1日あたり)	料金	1割	2割	3割
	300円	30円	60円	90円

② 認知症加算

認知症加算 (1か月あたり)	区分	料金	1割	2割	3割
	(Ⅰ)	9,200円	920円	1,840円	2,760円
	(Ⅱ)	8,900円	890円	1,780円	2,670円
	(Ⅲ)	7,600円	760円	1,520円	2,280円
	(Ⅳ)	4,600円	460円	920円	1,380円

③ 若年性認知症利用者様受入加算

若年性認知症の利用者様ごとに個別の担当者を定め、利用者様の特性やニーズに応じたサービスを提供する場合。認知症加算を算定している場合は算定しない。

若年性認知症利用者 受入加算 (1か月あたり)	区分	料金	1割	2割	3割
	要介護	8,000円	800円	1,600円	2,400円
	要支援	4,500円	450円	900円	1,350円

④ 看護職員配置加算

看護職員配置加算 (1か月あたり)	区分	料金	1割	2割	3割
	(Ⅰ)	9,000円	900円	1,800円	2,700円
	(Ⅱ)	7,000円	700円	1,400円	2,100円
	(Ⅲ)	4,800円	480円	960円	1,440円

⑤ 看取り連携体制加算

看取り期において、看護師により24時間連絡できる体制を確保していること、また、看取り期における対応方針を定め、利用開始の際に利用者様またはご家族に対して、対応方針の内容について説明を行った場合。ご逝去後に算定。

死亡日から死亡日前30日まで (1日あたり)	料金	1割	2割	3割
	640円	64円	128円	192円

⑥ 口腔・栄養スクリーニング加算

利用開始時及び利用中の6か月ごとに、利用者様の口腔の健康状態及び栄養状態について確認を行いその情報を介護支援専門員に提供する場合。口腔状態の低下リスクがある場合または低栄養状態の場合はそれら改善に必要な情報も含む。

口腔・栄養スクリーニング加算 (1回あたり)	料金	1割	2割	3割
	200円	20円	40円	60円

⑦ 訪問体制強化加算

訪問を担当する職員を一定程度配置し、1か月あたりの延べ訪問回数が一定数以上の場合。

訪問体制強化加算 (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円

※ 限度額管理の対象外

⑧ 総合マネジメント体制強化加算

地域に開かれた拠点となり、認知症対応を含む様々な機能を発揮することにより、地域の多様な主体と共に利用者様を支える仕組みづくりを促進すること、また、日々変化する利用者様の状態を確認し一体的なサービスを適時適切に提供するため、利用者様の生活全般に着目し、日頃から主治医や看護師、他の職員等の多様な主体との意思疎通などや地域住民との交流を図り、適切に連携するための体制構築に取り組むことで算定。

総合マネジメント 体制強化加算 (1か月あたり)	区分	料金	1割	2割	3割
	(Ⅰ)	12,000円	1,200円	2,400円	3,600円
	(Ⅱ)	8,000円	800円	1,600円	2,400円

※ 限度額管理の対象外

⑨ 生活機能向上連携加算

a 生活機能向上連携加算 (Ⅰ)

介護支援専門員が指定訪問リハビリテーション事業所、指定通所リハビリテーション事業所またはリハビリテーションを実施している医療提供施設（以下「訪問リハビリテーション事業所等」という）の医師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「医師等」という）の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成し、計画に基づきサービスを提供した場合。 ※ 初回実施月のみ算定

生活機能向上連携加算 (Ⅰ) (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	1,000円	100円	200円	300円

b 生活機能向上連携加算 (Ⅱ)

利用者様に対して、訪問リハビリテーション事業所等の医師等が、サービスの一環として利用者様の居宅を訪問する際に介護支援専門員が同行する等により、当該医師等と利用者様の身体の状態等の評価を共同して行い、且つ、生活機能の向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合であって、当該医師等と連携し、計画に基づきサービスを提供した場合。

生活機能向上連携加算 (Ⅱ) (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	2,000円	200円	400円	600円

※ 実施月以降3か月算定

⑩ 科学的介護推進体制加算

利用者様ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況、その他心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出し、必要に応じてサービス計画を見直すなど、サービス提供にあたり、上記の情報その他サービスを適切かつ有効に提供するために必要な情報を活用することで算定。

科学的介護推進体制加算 (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	400円	40円	80円	120円

⑪ 生産性向上推進体制加算

介護ロボットやICT等の導入後の継続的なテクノロジーの活用を支援するため、見守り機器等のテクノロジーを導入し、生産性向上ガイドラインの内容に基づいた業務改善を継続的に行うとともに、効果に関するデータを提供することで算定。

a 生産性向上推進体制加算 (Ⅰ)

見守り機器等のテクノロジーを複数導入している場合、且つ、職員間の適切な役割分担の取組み等を行い、1年に1回、業務改善の取組みによる効果を示すデータの提供を行うこと、及び(Ⅱ)の要件を満たし、(Ⅱ)のデータにより業務改善の取組みによる成果が確認されている場合。

生産性向上推進体制加算 (Ⅰ) (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	1,000円	100円	200円	300円

b 生産性向上推進体制加算 (Ⅱ)

利用者様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の開催や必要な安全対策を講じたうえで、生産性向上ガイドラインに基づいた改善活動を行い、見守り機器等のテクノロジーを1つ以上導入し1年に1回、業務改善の取組みによる効果を示すデータを提供することで算定。

生産性向上推進体制加算 (Ⅱ) (1か月あたり)	料金	1割	2割	3割
	100円	10円	20円	30円

⑫ サービス提供体制強化加算

a サービス提供体制強化加算（Ⅰ）

事業所にて研修等を実施しており、且つ、職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が70%以上である場合、または職員の総数のうち勤続年数10年以上の介護福祉士が占める割合が25%以上である場合に算定されます。

サービス提供体制強化加算（Ⅰ） （1か月あたり）	料金	1割	2割	3割
	7,500円	750円	1,500円	2,250円

b サービス提供体制強化加算（Ⅱ）

事業所にて研修等を実施しており、且つ、職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が50%以上である場合。

サービス提供体制強化加算（Ⅱ） （1か月あたり）	料金	1割	2割	3割
	6,400円	640円	1,280円	1,920円

c サービス提供体制強化加算（Ⅲ）

事業所にて研修等を実施しており、且つ、職員の総数のうち介護福祉士の占める割合が40%以上である場合、または常勤職員の占める割合が60%以上である場合、もしくは勤続年数7年以上の介護福祉士が占める割合が30%以上である場合に算定されます。

サービス提供体制強化加算（Ⅲ） （1か月あたり）	料金	1割	2割	3割
	3,500円	350円	700円	1,050円

⑬ 介護職員等処遇改善加算

介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質向上等の取組みを行う事業に認められる加算。

介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）イ	所定利用料に17.1%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）ロ	所定利用料に18.6%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）イ	所定利用料に16.8%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）ロ	所定利用料に18.3%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）	所定利用料に15.6%を乗じた金額
介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）	所定利用料に12.8%を乗じた金額

⑭ 中山間地域等における小規模事業所加算

別に厚生労働大臣が定める地域（※）に所在する事業所が、サービス提供を行った場合

※①豪雪地帯及び当別豪雪地帯、②辺地、③半島振興対策実施地域、④特定農山村、⑤過疎地域

中山間地等における 小規模事業所加算	所定利用料に10%を乗じた金額
-----------------------	-----------------

（Ⅱ）介護保険の給付対象とならないサービス

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供（食事代）

朝食：420円、昼食：670円、おやつ代：100円、夕食：600円

配食 朝食：400円、昼食：620円、夕食：600円、おかずのみ：－100円

② 宿泊に要する費用 1泊あたり3,000円

③ 通常の事業の実施地域以外の利用者様に対する送迎費及び交通費 1km 50円

④ 希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加できます。材料費等は自己負担です。

⑤ キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用者様のご都合により利用中止となった場合は、予定されていた食事代をご負担いただきます。

7. 利用料金のお支払い方法

前記（Ⅰ）（Ⅱ）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、毎月15日前後に前月分を請求します。お支払い方法は、原則口座引き落としです。口座振替日は毎月27日とし、27日が金融機関の休業日にあたる場合は翌営業日とします。

8. 利用中止、変更、追加

- (1) 小規模多機能型居宅介護は、その計画に定められた内容を基本としつつ、利用者様の日々の様態、希望等を勘案し適時適切に、通い・訪問・宿泊サービスを組み合わせて提供するものです。
- (2) 利用者様は、利用予定日の前日までに申し出ること、サービスの利用を中止または変更、もしくはサービスの利用を追加することができます。
- (3) サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により利用者様の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者様に提示し協議します。

9. サービス利用にあたっての留意事項

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。事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、弁償いただく場合があります。他の利用者様の迷惑になる行為はご遠慮下さい。所持金品は、自己の責任で管理して下さい。他の利用者様に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮下さい。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、適切な処置を行うとともに、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業所等へ連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
ご家族・ご親族	氏名	
	連絡先	

11. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者様の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

<協力医療機関・施設>

やまもとクリニック	所在地	上越市木田1丁目3番31号
	電話番号	025-520-9130
すずき歯科医院	所在地	上越市五智1丁目15番25号
	電話番号	025-543-8177

12. 事故発生時の対応方法について

- (1) サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者様に対し、応急処置、医療機関への搬送措置を講じ速やかに、ご家族、利用者様が所在する市町村等に連絡します。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

- (3) 万一の事故に備え下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

保険会社	あいおいニッセイ同和損保
保険名称	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険内容	対人賠償 — 5,000万
	対物賠償 — 500万
	管理財物 — 100万
	使用不能 — 3,000万
	人格権侵害 — 500万
	見舞金 — 0.3万～5万（治療・入院等による）
	事故対応費用 — 500万
	経済的損害 — 100万

13. 非常災害対策と対応

非常災害時には別途定める消防計画に則って対応します。防災訓練は利用者様と共に行います。

- ・ 防災設備 …… 消火器 2本
- ・ 防災訓練 …… 年2回以上実施
- ・ 防火責任者 …… 防火担当職員

14. 秘密の保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び職員は、サービス提供をするうえで知り得た利用者様またはご家族の情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- (2) 事業者は、職員に業務上知り得た利用者様またはご家族の秘密を保持させるため、在職中及び離職後も、その秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約の内容とします。

15. 虐待の防止について

- (1) 事業者は利用者様の人権の擁護・虐待の防止のために下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選任します。

虐待防止に関する責任者	管理者 藤田 梨恵
-------------	-----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備します。
- ④ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を年2回以上実施します。
- ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- ⑥ 虐待の防止のための指針を整備します。

- (2) 事業者は、職員または養護者（利用者様のご家族等現に養護する者）から虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するとともに、虐待の早期発見のため行政が行う調査等に協力します。

16. 身体拘束について

- (1) サービス提供において、当該利用者様または他の利用者様の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束のほか、利用者様の行動の制限は行わないものとします。
- (2) 緊急やむを得ず身体拘束をする場合には、その態様及び時間、その際の利用者様の心身の状況、緊急やむを得なかった理由を記録するものとします。

- (3) 「身体拘束廃止委員会」を定期的開催し結果の周知徹底を行うとともに、研修会等に参加させるなどして職員の自己啓発に努め、職員全体で身体拘束廃止に取り組むものとします。
- (4) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

17. 苦情の受付について

(1) 事業所における苦情の受付

苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

- 苦情受付窓口（担当者） 管理者 ○ 電話番号 025－521－0360
- 受付時間 月曜日～金曜日、9時～17時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

上越市高齢者支援課	所在地 上越市木田一丁目1番3号 電話番号 025－520－5708
国民健康保険団体連合会	所在地 新潟市中央区新光町4番地1 電話番号 025－285－3022

18. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ☒ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関名称	
評価結果の開示状況	有 ☒ 無

19. 運営推進会議の設置

小規模多機能型居宅介護等の提供にあたり、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、助言を受けるため、以下のとおり運営推進会議を設置します。

<運営推進会議>	
構 成	利用者様、ご家族、市職員、地域包括支援センター職員、地域住民の代表者様、民生委員 等
開 催	隔月で開催
会議録	会議の内容、評価、要望、助言等について記録を作成します。

この重要事項説明書の説明年月日

年

月

日

指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	法人	エフビー介護サービス株式会社	㊞
	法人所在地	長野県佐久市長土呂159番地2	
	事業所名称	小規模多機能あったかほ一む春日	
	事業所番号	1590300370	
	事業所住所	新潟県上越市木田二丁目16番50号	
	電話番号	025－521－0360	
	事業所管理者	藤田 梨恵	

契約書及び本書面により事業者から指定（介護予防）小規模多機能型居宅介護についての重要事項の交付及び説明を受け、内容について承諾しました。

利用者様	住所	〒	
	電話		
	氏名		㊞

代理人様	住所	〒	
	電話		
	氏名		㊞

連帯保証人様	住所	〒	
	電話		
	氏名		㊞