

**有限会社アルファメディカル**  
**ハートヴィレッジ鷺山 重要事項説明書**

サービスの提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

**1. 事業者（法人）の概要**

事業者（法人）の名称	有限会社アルファメディカル	主たる事務所の所在地	岐阜県岐阜市東明見町 10 番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 松岡 充子	設 立 年 月 日	1983 年 10 月 17 日
電 話 番 号	058-266-6888		

**2. 事業所の概要**

1) 事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所の名称	ハートヴィレッジ鷺山	サービスの種類	小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護
事業所の所在地	岐阜県岐阜市鷺山東 1-4-30	事業所番号	2190102737
電 話	058-294-8788	F A X	058-294-8786
通常の営業地域	岐阜市内	利 用 定 員	25 名

2) 事業所の職員体制

職種	員数	業務内容
管理者	1 人	本事業所の従業員の管理、指導命令等を一元的に行います。
介護支援専門員	1 人以上	適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成するとともに、他事業所との連絡・調整を行います。
介護従業者	必要数	利用者に対し必要な介護及び世話、支援を行います。（看護職員：1 人以上・介護職員：7 人以上）

3) 営業時間

営 業 日	365 日	②宿泊サービス提供時間	基本時間 16 時 00 分 ～ 9 時 30 分
①通いサービス提供時間	基本時間 9 時 30 分 ～ 16 時 00 分	③訪問サービス提供時間	24 時間

**3. 事業の目的と運営の方針**

事業の目的	住み慣れた地域で生活するために、介護保険法令に従い利用者が自宅で可能な限り暮らし続けられるような生活の支援を目的として、通いサービス、訪問サービス、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。
運営の方針	サービスの提供にあたっては、要介護者状態となった場合においても、心身の特性を踏まえて、利用者が可能な限り住み慣れた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、通いを中心として、利用者の様態や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせて、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事等の介護その他の日常生活上の世話及び機能訓練等を行います。

**4. 提供するサービス内容及び費用について**

1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サービスの内容
（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画の作成		① サービスの提供開始時に、利用者が住み慣れた地域で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りつつ、利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、通いサービス、訪問サービス、及び宿泊サービスを柔軟に組み合わせ、他の（介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者との協議の上、援助目標、当該目的を達成するための具体的なサービス内容を記載した（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成します。 ② 利用者に応じて作成した介護計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。 ③ 計画を作成した際には、当該（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を利用者に交付します。 ④ 作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供に努め、さらに作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて介護計画の変更を行います。
相談・援助等		事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
通いサービス及び宿泊サービスに関する内容	介護サービス	介助が必要な利用者に対して、室内の移動、車いすへの移乗の介助や、トイレ誘導、おむつ交換を行います。また、利用者の安否確認等を行います。
	健康のチェック	血圧測定・体温測定・利用者の健康状態の把握に努めます。
	機能訓練	利用者の能力に応じて、食事、入浴、排せつ、更衣などの日常生活動作を通じた訓練や、集団的に行うレクリエーションや歌唱、体操などを通じた訓練を行います。
	入浴サービス	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴の介助や清拭、洗髪などを行います。
	食事サービス	身体状況・嗜好・栄養バランスに配慮した食事の提供及び介助が必要な利用者に対して介助を行います。
	送迎サービス	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす又は歩行介助により送迎を行うことがあります。
テーリハビリ	身体の介護	① 排せつ介助：排せつの介助・おむつの交換を行います。 ② 食事介助：食事の介助を行います。 ③ 清拭等：入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。また、日常的な行為としての身体整容を行います。 ④ 体位変換：床ずれ予防のため、体位変換を行います。
	生活介助	① 買い物：利用者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。

	② 調 理：利用者の食事の介助を行います。 ③ 住居の掃除：利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。 ④ 洗 濯：利用者の衣類等の洗濯を行います。
その他	利用者の安否確認等を行います。

2) （介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者の禁止行為

（介護予防）小規模多機能型居宅介護従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 医療行為（ただし、看護職員、機能訓練指導員が行う診療の補助行為を除く。）
- ② 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ③ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ④ 利用者の同居家族に対する訪問サービスの提供
- ⑤ 利用者の日常生活の範囲を超えた訪問サービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ⑥ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑦ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等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く）
- ⑧ その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

サービス内容	単位数	利用者負担額		
		1 割	2 割	3 割
要支援 1	3,450 単位/月	3,564 円	7,128 円	10,692 円
要支援 2	6,972 単位/月	7,202 円	14,404 円	21,606 円
要介護 1	10,458 単位/月	10,804 円	21,607 円	32,410 円
要介護 2	15,370 単位/月	15,878 円	31,755 円	47,632 円
要介護 3	22,359 単位/月	23,097 円	46,194 円	69,291 円
要介護 4	24,677 単位/月	25,492 円	50,983 円	76,474 円
要介護 5	24,709 単位/月	25,525 円	51,048 円	76,573 円
初期加算（登録後 30 日間）	30 単位/日	31 円	62 円	93 円
総合マネジメント体制強化加算Ⅱ	800 単位/月	827 円	1,653 円	2,480 円
科学的介護推進体制加算	40 単位/月	42 円	83 円	124 円
生活機能向上連携加算Ⅰ	100 単位/月	104 円	207 円	310 円
生活機能向上連携加算Ⅱ	200 単位/月	207 円	414 円	620 円
認知症加算Ⅲ（認知症日常生活自立度Ⅲ以上の方のみ）	760 単位/回	785 円	4,570 円	2,355 円
認知症加算Ⅳ（認知症日常生活自立度Ⅱ以上の方のみ）	460 単位/月	476 円	951 円	1,426 円
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	所定単位数の 14.6%	左記の単位数×10.33 円		

※ 月途中から登録した場合、又は月途中から登録を終了した場合には、登録した期間に応じて日割りした料金をお支払いいただきます。

※ 総合マネジメント体制強化加算は、利用者の状況の変化に応じ多職種共同で（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を見直し、地域の病院、診療所等他の関係施設に対して当事業所が提供できるサービスの具体的な内容に関して情報提供を行っている場合に算定します。

※ 科学的介護推進体制加算は、利用者ごとのADL値、栄養状態、口腔機能、認知症の状況等の基本的な情報を厚生労働省に提出し、その情報を（介護予防）小規模多機能型居宅介護の適切かつ有効な提供に活用している場合に、算定します。

※ 生活機能向上連携加算Ⅰは、当事業所の計画作成責任者が、訪問リハビリテーション事業所等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

※ 生活機能向上連携加算Ⅱは、訪問リハビリテーション事業所等が利用者の居宅を訪問する際に、当事業所の計画作成責任者が同行する等、利用者の状態評価を共同で行い、生活機能の向上を目的とした（介護予防）小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを実施した場合に算定します。

※ 認知症加算(Ⅲ)は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められることから介護を必要とする利用者に対して、小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。

認知症加算(Ⅳ)は、周囲から日常生活に対する注意を必要とする要介護 2 の利用者に対し、小規模多機能型居宅介護を行った場合に算定します。

※ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取組を行う事業所に認められる加算です。介護職員等処遇改善加算は、区分支給限度基準額の対象外となります。

4) その他

① 送迎費	通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合の交通費は、実施地域を超えた地点 1Km 毎に 50 円とします。	
② キャンセル料	24 時間前までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です。
③ 食事の提供に要する費用	1,800 円/日（朝食：300 円 / 昼食：600 円 / おやつ：50 円 / 夕食：650 円）	
④ 日常生活費	オムツ代：実費相当を請求いたします。	
⑤ 宿泊費	2,000 円/泊	

**5. 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）**

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 20 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	ア サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の 27 日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替

	(ウ)現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しますので、必ず保管されま すようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)
--	--

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から1月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除し、未払い分をお支払いいただきます。

#### 6. サービスの提供にあたって

- サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。
- 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- サービス提供は「(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画」に基づいて行います。なお、「(介護予防)小規模多機能型居宅介護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更します。
- (介護予防)小規模多機能型居宅介護に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業所が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

#### 7. 虐待の防止のための措置に関する事項

- 事業者は、虐待等に対する相談窓口を設置し、利用者の人権の擁護・虐待等の防止に努めます。
- 事業者は、サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに利用者が住所を有する市町村に連絡を取り、必要な処置を講じます。
- 虐待防止の為の指針の整備をします。
- 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について事業所内で周知徹底します。
- 虐待防止の為の研修会を定期的に実施します。

#### 8. 身体拘束に関する事項

- 利用者又は他の利用者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、身体拘束を行わないものとします。
- 身体拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとします。

#### 9. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>ア 事業者は、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、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は従業員に、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後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について	<p>ア 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予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ぬ。</p> <p>イ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

#### 10. サービス利用にあたっての禁止事項について

利用者様、ご家族様、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- 従業員に対して行う暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどの行為。
- サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載すること。

#### 11. 感染症の予防及びまん延の防止について

事業所は、感染症が発生した際の予防、またはまん延防止のために、次の各号に掲げる措置を講じます。

- 事業所における感染症の予防及びまん延のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする）を開催します。その結果を、従業員に周知徹底します。
- 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- 従業員に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

#### 12. 事業継続計画の策定

- 事業所は、感染症や自然災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- 従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 13. ハラスメント対策について

- 事業者は、職場におけるハラスメント防止に取り組み、従業員が働きやすい環境づくりを目指します。
- 利用者が事業者の従業員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

#### 14. 苦情申立・虐待相談窓口

- 当事業所窓口  
事業所名：ハートヴィレッジ鷺山 担 当：鯨井 久美  
電 話：058-294-8788 受付時間：平日 9：00 ～ 18：00
- その他窓口  
岐阜市役所 介護保険課支援係 電 話：058-214-2093（直通）  
岐阜県国民健康保険団体連合会 電 話：058-275-9826

#### 15. 事故発生の対応

- サービスの提供により、ご利用者に事故が発生した場合は速やかにご家族または緊急連絡先へ連絡いたします。
- 必要な場合において、市町村、その他関係機関へ連絡を行います。
- サービスの提供により利用者様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。

#### 16. 緊急時の対応方法

- サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変が生じた場合、家族または緊急連絡先へ連絡いたします。
- 必要な場合において、利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
- 家族または緊急連絡先に繋がらない場合、事業所の判断で医療機関への受診をして頂く場合があります。その際の費用は利用者または利用者の家族にお支払いいただきます。

以上

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項を説明しました。

説明日	_____年 _____月 _____日
【事 業 者】	【事 業 所】
所 在 地：岐阜県岐阜市東明見町 10 番地	所 在 地：岐阜県岐阜市鷺山東 1-4-30
名 称：有限会社アルファメディカル	名 称：ハートヴィレッジ鷺山
代 表 者：代表取締役 松岡 充子	説 明 者：_____

【ご 利 用 者】	【ご家族・代理人】
住 所：_____	住 所：_____
氏 名：_____	氏 名：_____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

同意日	_____年 _____月 _____日
【ご 利 用 者】	【ご家族・代理人】
住 所：_____	住 所：_____
氏 名：_____	氏 名：_____

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_