

重要事項説明書（小規模多機能型居宅介護サービス）

指定小規模多機能型居宅介護サービス及び指定介護予防小規模多機能型居宅介護サービスの提供にあたり、以下のとおり重要事項を説明いたします。

1. 事業者

名 称	株式会社アイケア北海道			
所 在 地	札幌市中央区南 9 条西 3 丁目 10 番 97			
法人種別	株式会社			
代 表 者	代表取締役 桶谷 満			
連 絡 先	電 話	011-520-5001	F A X	011-520-5005

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	小多機 アイケア中島公園通は、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、食事、入浴、排泄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、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よう支援することを目的とする。
運営方針	小多機 アイケア中島公園通は、通いを中心として、訪問や宿泊を組み合わせて、サービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するよう努めます。 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域包括支援センター、地域の保健・医療福祉サービスの提供主体との綿密な連携を図り、総合的サービスの提供に努めていきます。

3. 事業所

名 称	小多機 アイケア中島公園通	
指定番号	0 1 9 0 1 0 0 6 6 9	
所 在 地	札幌市中央区南 1 1 条西 9 丁目 2 番 1 1 号	
電話番号	0 1 1 - 2 0 6 - 1 5 5 8	
営 業 日	3 6 5 日	
営業時間	訪問サービス	2 4 時間
	通いサービス	午前 10 時から午後 4 時まで
	宿泊サービス	午後 4 時から午前 10 時まで
通常の事業の実施地域	札幌市中央区・豊平区・南区	
登録定員	2 9 名	

利用定員	通いサービス	15名	※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。
	宿泊サービス	5名	

4. 職員体制

区 分	常勤		非常勤		備考	保有資格	業務内容
	専従	兼務	専従	兼務			
管 理 者						介護福祉士	業務及び職員等の管理
介 護 支 援 専 門 員						介護支援専門員 介護福祉士	介護計画の作成 連携先との連絡調整
介護従業者						介護福祉士 介護支援専門員 訪問介護員2級 初任者研修 看護師	日常生活の支援等

5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇
日 勤	9:00～18:00	シフト制
早 番 遅 番	8:00～17:00 12:00～21:00	シフト制
夜 勤	21:00～翌9:00	宿泊サービス利用者がいない場合は、 自宅待機にて対応

6. サービス内容

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容		利 用 料
通 い サービス	食 事	・ 食事の提供及び食事の介助をします。 ・ 職員が利用者の身体状況、嗜好、栄養のバランスに配慮して作成した献立表に基づいて提供します。	要介護度に応じて算出します。 ・ 利用料（1 月当たり）＝下記単位×10.17 円の 1 割又は 2 割及び 3 割 要支援 1 3,450 単位 要支援 2 6,972 単位 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 法定代理受領の場合は、利用負担は各ご利用者様の負担割合に応じた額となります。 ・ 登録日より 30 日以内の期間、初期加算として 1 日 30 単位加算します。 ・ 以下の加算を算定する場合は、利用者及びその家族に通知を行い、同意を得た上で請求します。
	入 浴	・ 入浴または清拭を行います。 ・ 衣類の着脱、身体の清拭、洗髪、洗身の介助を行います。	○認知症加算 （Ⅰ）760 単位/月 （Ⅱ）460 単位/月 ○若年性認知症利用者受入加算 介護：800 単位/月 予防：450 単位/月 ○看護職員配置加算 （Ⅰ）900 単位/月 （Ⅱ）700 単位/月 （Ⅲ）480 単位/月 ○看取り連携体制加算 64 単位/月 （死亡日及び死亡日前 30 日以下） ○口腔・栄養スクリーニング加算 （6 月に 1 回を限度） 20 単位/回
	排 泄	・ 状況に応じて適切な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。	○認知症行動・心理症状緊急対応加算 200 単位/日 （7 日間を限度） ○訪問体制強化加算 1,000 単位/月
	機能訓練	・ 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。	○総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） 1,200 単位/月
	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。	○生活機能向上連携加算 （Ⅰ）100 単位/月 （Ⅱ）200 単位/月
	送 迎 サービス	・ 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。	
訪 問 サービス	・ 利用者のご自宅にお伺いし、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話をを行います。		

宿 泊 サービス	・ 事業所に宿泊していただき、食事や入浴、排泄等の日常生活上の世話を行います。	○サービス提供体制強化加算 (Ⅰ) 750 単位/月 (Ⅱ) 640 単位/月 (Ⅲ) 350 単位/月 ○科学的介護推進体制加算 40 単位/月 ・上記単位について、法律改正等により変更があった場合は、それに準ずるものとなります。 ※ 別途合計額に 14.6%相当の介護職員等処遇改善加算が加わります。
-------------	---	---

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食 事 代	・ 食事代は介護保険給付の対象外です。実費をお支払い下さい。費用は次のとおりです。 朝食 308 円、昼食 514 円、おやつ代 51 円、夕食 575 円
宿 泊 代	・ 一泊につき 個室利用 : 1,700 円 をお支払いください。
おむつ代	・ おむつ代は別途実費をご負担いただきます。
交 通 費	・ 「3.」の通常の実施地域を超えて行うサービスに要した交通費及び送迎にかかる費用は、その実費をお支払いください。 なお、自動車を使用した場合の交通費及び送迎にかかる費用は次の通りです。 1 Kmにつき 20 円
そ の 他	・ 各種リース代等は別途実費をご負担いただきます。 ・ 上記以外に利用者の選択による趣味活動教材費および行事に係る費用等は実費となります。

7. サービス利用に当たっての留意事項

欠 席 の 連 絡	利用日当日に欠席をする場合には、前日までに当該事業所へその旨を連絡してください。
居 室 の 利 用 迷 惑 行 為	浴室、食堂等入居者の共同施設は本来の目的に従ってご利用ください。サービスの提供上、他の利用者の方に迷惑となる行為等がみられた場合には利用の中止をしていただくことがあります。けんか、口論、泥酔等他人に迷惑をかける行為はご遠慮ください。定められた場所以外及び時間外の喫煙または飲酒はご遠慮ください。
所 持 品 等 現 金	当該事業所内での貴重品の紛失・破損等の責任は負いかねます。
そ の 他	サービス提供前に健康チェックを行い、結果によっては入浴サービス等を中止する場合があります。

8. 協力医療機関

名 称	北海道在宅医療クリニック
所 在 地	札幌西区琴似 1 条 4 丁目グランドサクセス琴似 411
電 話 番 号	011-640-3050
診 察 科	内科
入 院 設 備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応 緊急時の受診

名 称	ゆきのかなでクリニック
所 在 地	札幌西区八軒 10 条西 12 丁目 4-8
電 話 番 号	011-213-9351
診 察 科	内科
入 院 設 備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応 緊急時の受診

名 称	星のかがやきクリニック
所 在 地	札幌市東区北 18 条東 8 丁目 1-25 中嶋ビル 3 階
電 話 番 号	011-712-6002
診 察 科	内科
入 院 設 備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応 緊急時の受診

名 称	アイファミリー歯科クリニック
所 在 地	札幌市西区宮の沢 2 条 4 丁目 1-12
電 話 番 号	011 - 664-0333
診 察 科	一般歯科、訪問歯科
入 院 設 備	なし
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

9. 協力福祉施設

名 称	有料老人ホームアイケア札幌中央
所 在 地	札幌市中央区南 1 3 条西 1 3 丁目 2-2 6
電 話 番 号	011-522-7284
協力関係の概要	利用者に対して、事業者がサービス提供困難となった場合の入所相談及び入所申請

名 称	有料老人ホームアイケアホーム美しが丘 1 番館
所 在 地	札幌市清田区美しが丘 1 条 5 丁目 1-3 0
電 話 番 号	011-888-1200
協力関係の概要	利用者に対して、事業者がサービス提供困難となった場合の入所相談及び入所申請

10. 非常災害時の対策

防 火 安 全 体 制	責任者 島田 大
避 難 訓 練	年 2 回、火災、地震等を想定した訓練を行います。可能な限り協力をお願いします。
防 災 設 備	自動火災報知設備 消火器 誘導灯

11. 事故発生時の対応

事 故 発 生 時 の 対 応	① 事故が発生した場合には、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を迅速に行います。 ② 当該事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録を行います。 ③ 利用者に対する指定小規模多機能型居宅介護及び指定介護予防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には、速やかにその損害を賠償します。ただし、損害の発生が不可抗力によるときは事業者は賠償の責めを負わないものとし、利用者の重過失による場合は、賠償額を減ずることができるものとします。 ④ 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
--------------------	---

12. 地域との連携

地 域 と の 連 携	運営推進会議を設置し、おおむね 2 ヶ月に 1 回以上、運営推進会議に対し活動状況を報告し、運営推進会議による評価を受けるとともに、運営推進会議から必要な要望、助言を聞く機会を設けます。
----------------	---

13. 個人情報保護

個人情報保護	① 職員は、正当な理由がある場合を除き、利用者に対する介護サービスの提供に際して知り得た利用者及び利用者の家族の秘密を漏らしません。 ② 職員が業務上知り得た利用者、利用者の家族及び身元引受人の秘密を退職後漏らすことがないように必要な措置を講じます。 ③ 利用者または利用者の家族の情報を第三者に提供する場合は、事前に文書で同意を得ることとします。
--------	---

14. 苦情申立

当事業所 相談室	担当者：管理者 平井 輝美 ご利用時間：毎日 10:00～16:00 ご利用方法：電話 011-206-1558 F A X 011-206-1559 面接 随時 投書 ホーム内に設置した苦情箱に投函して下さい。
苦情処理 の体制・ 手順	① 苦情があった場合は管理者が相手に連絡を取り、直接会うなどして詳しい事情を聞く。 ② 検討を行う事情が生じた場合検討会議を行う。 ③ 検討後翌日までには具体的な対応を行う。(利用者への謝罪など) ④ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。
外部の 苦情窓口	① 国保連合会 総務部 介護保険課 企画・苦情係 〒060-0062 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内 Tel 011-231-5175 Fax 011-233-2178 ② 北海道社会福祉協議会内 「北海道福祉サービス運営適正化委員会」 〒060-0002 札幌市中央区南2条西7丁目かでの2・7 3階 Tel 011-204-6310 Fax 011-204-6311 ③ 札幌市福祉サービス苦情相談センター 〒060-0042 札幌市中央区大通西19丁目 札幌市社会福祉総合センター 2階 Tel 011-632-0550 Fax 011-613-5486

15. その他

事業所の 運営	① 職員等の質の向上を図るため、次のとおり研修の機会を設ける。 1) 採用時研修 採用 3ヶ月以内 2) 経験に応じた研修 随時 ② 事業所はこの事業を行うため、ケース記録、利用者負担金収納簿、その他必要な記録、帳簿を整備する。 ③ 当該事業所の運営規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、株式会社アイケア北海道代表者と当該事業所管理者が協議の上定めるものとする。
------------	---

私は、書面に基づいて乙の職員（職名 氏名 ）
から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。
本重要事項説明書は、2通作成し署名捺印の上、各自一通を保有する。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

利用者の家族等 住 所
（身元引受人）

氏 名 印

（続 柄）

個人情報提供同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で提供することに同意します。

記

1. 使用する目的

- （１）利用者のための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に沿って円滑にサービスを提供するために、実施されるサービス会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合。
- （２）利用者が施設等に入所を希望する際、施設等の介護支援専門員と連絡調整をする場合。
- （３）札幌市等行政機関より、情報提供の要請を受けた場合。
- （４）利用者が医療機関への受診および入院を希望する際、医療機関から情報提供の要請を受けた場合。

2. 条 件

- （１）個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- （２）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

小規模多機能型居宅介護事業所・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所

小多機 アイケア中島公園通 様

【及び上記の１．記載の各事業者様】

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

利用者の家族 住 所 _____

氏 名 _____ 印
(続柄)

(同) 住 所 _____

氏 名 _____ 印
(続柄)