

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、以下の通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	小樽市奥沢1丁目17番1号			
法人種別	株式会社			
代 表 者	代表取締役 桶谷 満			
連 絡 先	電 話	0134-31-3727	F A X	0134-31-7018

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	小多機 アイケア宮の沢は、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 アイケア宮の沢は、通いを中心として、訪問や宿泊を組み合わせ、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 アイケア宮の沢	
指定番号	0190401554	
所 在 地	札幌市西区宮の沢2条1丁目15-1 メビウス宮の沢108号室	
電話番号	011-676-6385	
営 業 日	365日	
営業時間	訪問サービス	24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 西区、中央区、白石区	
登録定員	18名	

利用定員	通いサービス	9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	3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		1				<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 ・認知症実践者研修 ・認知症対応型サービス事業管理者研修 	業務及び 職員の管理等
介 護 支 援 専 門 員			1	1		<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 ・介護支援専門員 ・認知症実践者研修 ・認知症対応型サービス事業管理者研修 ・小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修 	介護計画の作成 連携先との連絡調整
介 護 従 業 者	5名以上					<ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 ・実務者研修 ・(正・准) 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 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0	シフト制
早 番 遅 番	7 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0 1 3 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0	シフト制
夜 勤	2 2 : 0 0 ~ 翌 8 : 0 0	シフト制

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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の提供及び食事の介助をします。 ・職員が主食、汁物などの調理を行い副食はフレアサービスにより提供します。 	<p>要介護度に応じて算出します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用料（1月当たり）=下記単位×10.17円の1割、2割又は3割（同一建物以外に居住する者の登録者） 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 <p>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。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・登録日から30日以内の期間は、初期加算として1日につき30単位を加算します。 ・以下の加算を算定する場合は、利用者及びその家族へ通知を行い、同意を得た上で請求いたします。 <ul style="list-style-type: none"> ○認知症加算 <ul style="list-style-type: none"> （Ⅲ）760 単位/月 （Ⅳ）460 単位/月 ○看護職員配置加算 <ul style="list-style-type: none"> （Ⅰ）900 単位/月 （Ⅱ）700 単位/月 （Ⅲ）480 単位/月 ○看取り連携体制加算 <ul style="list-style-type: none"> 64 単位/日 <p>（死亡日及び死亡日前30日以下）</p> <ul style="list-style-type: none"> ○訪問体制強化加算 <ul style="list-style-type: none"> 1,000 単位/月 ○総合マネジメント体制強化加算 <ul style="list-style-type: none"> （Ⅰ）1,200 単位/月 ○サービス提供体制強化加算 <ul style="list-style-type: none"> （Ⅰ）750 単位/月 （Ⅱ）650 単位/月 （Ⅲ）350 単位/月 ○若年性認知症利用者受入加算 <ul style="list-style-type: none"> 800 単位/月 ○生活機能向上連携加算 <ul style="list-style-type: none"> （Ⅰ）100 単位/月 （Ⅱ）200 単位/月
	入 浴	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
	排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 	
	機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・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	<ul style="list-style-type: none"> ・血圧測定等、利用者の全身状態の把握を行います。 	

	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。	○口腔・栄養スクリーニング加算 20 単位/回※6 月に 1 回を限度 ○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。
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いたします。		
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いたします。		

(2) 介護保険給付外費用

種類	内容
食事代	<ul style="list-style-type: none"> ・食事代は介護保険給付の対象外です。実費をお支払ください。費用は次のとおりです。 朝食 350 円、昼食 450 円、夕食 550 円、おやつ代 100 円
宿泊代	<ul style="list-style-type: none"> ・一泊につき：個室 1,700 円 個室以外：1,500 円をお支払ください。
おむつ代	<ul style="list-style-type: none"> ・おむつ代は別途実費をご負担いただきます。
交通費	<ul style="list-style-type: none"> ・「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	<ul style="list-style-type: none"> ・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、利用日前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 現金等	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	クロス&愛里塚総合診療クリニック
所在地	札幌市清田区里塚2条4丁目2番35号
電話番号	011-398-4800
診察科	内科、疼痛緩和外科、リハビリテーション科
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	医療法人みらい会 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 緊急時の受診

9. 協力福祉施設

名称	有料老人ホームアイケア西町
所在地	札幌市西区西町南12丁目5-24
電話番号	011-688-6966
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山鼻
所在地	札幌市中央区南18条西9丁目2-22
電話番号	011-596-8284

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 島森 昌美
避難訓練	年2階、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	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	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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場合は事業者として、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。</p> <p>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。</p>
----------	--

12. 地域との連携

地域との連携	運営推進介護を設置し、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	<p>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。</p> <p>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必要な措置を講じます。</p> <p>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。</p> <p>④情報共有に必要な書類等は以下の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護保険被保険者証 ・基本情報 ・小規模多機能型介護に関する計画書(ケアプラン) ・健康保険被保険者証 ・診療情報 ・主治医意見書 ・減額認定証 ・介護保険自己負担額割合証 ・身体障害者手帳 ・看護添書等
--------	---

14. 苦情申立

<p>当事業所相談室</p>	<p>担当者：管理者 島森 昌美 ご利用時間：毎日 10：00～16：00 ご利用方法：電話 011-676-6385 FAX 011-676-4114 面接 随時 投書 事業所内に設置した苦情箱に投函してください。</p>
<p>苦情処理の体制・手順</p>	<p>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。</p>
<p>外部の苦情窓口</p>	<p>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</p>

15. その他

<p>事業所の運営</p>	<p>①職員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程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。</p>
---------------	---

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
(身元引受人)

住 所

氏 名

印

(続 柄)

緊急連絡先 電話

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 アイケア宮の沢 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 _____)