

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 アイケア平岡は、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 アイケア平岡は、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 アイケア平岡（サテライト）			
指定番号	0190502906			
所 在 地	札幌市清田区平岡 9 条 1 丁目 1 5 番 6 号			
電話番号	電話番号：011-802-7821 FAX 番号：011-802-7822			
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		
通常の実施地域	札幌市清田区、厚別区、白石区			
登録定員	18名			
利用定員	通いサービス	12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	

	宿泊サービス	5名	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。
--	--------	----	--

4. 本体事業所

名 称	小多機 アイケア緑ヶ丘
指定番号	0190502096
所在地	札幌市清田区里塚緑ヶ丘9丁目9番18号
電話番号	011-375-1971
管理者	神原 弘

5. 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 小規模計画作成 認知症実践者研修	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 准看護師	日常生活の支援 等

6. 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 10:00~19:00	シフト制
夜 勤	17:00~翌10:00	宿泊サービス利用者がいない場合は、 自宅待機にて対応

7. 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
	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。 	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。
	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。 	○認知症加算 (Ⅲ) 760 単位/月 (Ⅳ) 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
	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。 	○看護職員配置加算 (Ⅰ) 900 単位/月 (Ⅱ) 700 単位/月 (Ⅲ) 480 単位/月 ○看取り連携体体制加算 64 単位/月
	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。 	(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
	送 迎 サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	○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
	訪 問 サービス	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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。 	○総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ) 1,200 単位/月 ○生活機能向上連携加算 (Ⅰ) 100 単位/月 (Ⅱ) 200 単位/月

<p>宿 泊 サービス</p>	<p>・ 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や機能訓練を行います。</p>	<p>○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。</p>
---------------------	---	---

(2) 介護保険給付外費用

種 類	内 容
食 事 代	<p>・ 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</p>
宿 泊 代	<p>・ 一泊につき 個室利用 : 1,700 円 をお支払いください。</p>
おむつ代	<p>・ おむつ代は別途実費をご負担いただきます。</p>
交 通 費	<p>・ 「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</p>
そ の 他	<p>・ 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。</p>

8. サービス利用に当たっての留意事項

欠 席 の 連 絡	<p>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。</p>
居 室 の 利 用 迷 惑 行 為	<p>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。</p>
所 持 品 現 金 等	<p>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。</p>
そ の 他	<p>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。</p>

9. 協力医療機関

名 称	医療法人社団 響 さくら内科クリニック
所在地	札幌市白石区東札幌4条4丁目1番18号
電話番号	011-827-7771
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	クリアー歯科
所在地	札幌市白石区中央3条5丁目1-1
電話番号	011-864-5524
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

10. 協力福祉施設

名 称	有料老人ホームアイケア美しが丘1番館
所在地	札幌市清田区美しが丘1条5丁目1-30
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

11. 非常災害時の対策

防火安全体制	責任者 野田 久美子
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

12. 事故発生時の対応

事故発生時の対応	<ul style="list-style-type: none"> 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
----------	--

	<p>発生が不可抗力による場合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、</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>
--	---

13. 地域との連携

地域との連携	<p>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。</p>
--------	--

14. 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>
--------	--

15. 苦情申立

当事業所 相談室	<p>担当者： 管理者 野田 久美子</p> <p>ご利用時間： 毎日 10:00~16:00</p> <p>ご利用方法： 電話 011-887-6218 FAX 011-887-6219</p> <p>面接 随時</p> <p>投書 ホーム内に設置した苦情箱に投函して下さい。</p>
苦情処理 の体制・ 手順	<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。</p> <p>② 検討を行う事情が生じた場合検討会議を行う。</p> <p>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)</p> <p>④ 記録を台帳に保管し、再発防止に役立てる。</p>
外部の 苦情窓口	<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</p> <p>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> <p>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</p>

16. その他

事業所の 運営	<p>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。</p> <p>1) 採用時研修 採用 3ヶ月以内</p> <p>2) 経験に応じた研修 随時</p>
------------	---

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 アイケア平岡（サテライト） 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)