

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の提供にあたり、以下のとおり重要事項を説明します。

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	営利法人		
代表者	代表取締役 桶谷 満		
連絡先	電 話	0134-31-3727	FAX 0134-31-7018

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	小多機 アイケア若松は、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 アイケア若松は、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 アイケア若松		
指定番号	0192000503		
所在地	小樽市若松2丁目1番14号		
電話番号	0134-31-5001		
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	
通常の実業の実施地域	小樽市内全域		
登録定員	29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	業務内容	人員数
管理者	業務及び職員等の管理	常勤1名
介護支援専門員	介護計画の作成、連絡先との連携調整	1名以上
介護従業者	日常生活の支援等	常勤換算方法により ・通いサービス利用者 3人に対し1人以上 ・訪問サービス2人以上 ※看護職員1名以上

※常勤換算方法：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を問う事業所における常勤職員の所定勤務時間（週40時間）で除した数です。

5. 職員の勤務体制

区分	勤務時間	休暇
早番	7:00~16:00	シフト制
日勤	8:30~17:30	シフト制
宿直	17:30~7:00	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	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円の1割又は2割及び3割 要支援1 3,438単位 要支援2 6,948単位 要介護1 10,423単位 要介護2 15,318単位 要介護3 22,283単位 要介護4 24,593単位 要介護5 27,117単位
	入 浴	要介護1 10,423単位 要介護2 15,318単位 要介護3 22,283単位 要介護4 24,593単位 要介護5 27,117単位
	排 泄	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。

	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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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。
	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。	
	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いたします。		<ul style="list-style-type: none"> ○認知症加算 <ul style="list-style-type: none"> (Ⅰ) 800 単位/月 (Ⅱ) 500 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 ○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"> 1,200 単位/月 ○科学的介護推進体制加算 <ul style="list-style-type: none"> 40 単位/月 <ul style="list-style-type: none"> ・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。 <p>※ 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>
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	・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 51 円、夕食 575 円
宿泊代	・一泊につき 1,700 円
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とおりです。実施地域を超え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及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 現金等	当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中止する場合があります。

8. 協力医療機関

名称	医療法人たんぼぼ会 島田脳神経外科
所在地	小樽市錦町 1-2
電話番号	0134-22-4310
診察科	脳神経外科・神経科・リハビリテーション
入院設備	あり
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	小樽すこやか歯科
所在地	小樽市若松1丁目9-10
電話番号	0134-61-6188
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奥沢口1番館・2番館
所在地	小樽市奥沢1丁目17-19
電話番号	0134-33-0938
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

14. 苦情申立

<p>当 事 業 所 相 談 室</p>	<p>担 当 者：管理者 杉山 雅美 ご利用時間：毎日 10：00～16：00 ご利用方法：電話 0134-31-5001 FAX 0134-31-5002 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担当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 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 ③小樽市役所 小樽市福祉保険部 介護保険課 小樽市花園 2-12-1 TEL0134-32-4111</p>

15. 第三者評価

<p>実施の有無</p>	<p>なし</p>
<p>実施した直近の 年月日</p>	
<p>実施した評価機 関の名称</p>	
<p>評価結果の開示 状況</p>	

16. その他

<p>事 業 所 の 運 営</p>	<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。 1) 採用時研修 採用後3カ月以内 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。</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。

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） _____