

重要事項説明書（看護小規模多機能型居宅介護）

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 アイケア奥沢ビル2階			
法人設立 年月日	平成17年1月11日			
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	看多機 アイケア奥沢口は、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	看多機 アイケア奥沢口は、通いを中心として、訪問や宿泊を柔軟に組み合わせ、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るものとする。

3. 事業所

名 称	看多機 アイケア奥沢口			
指定番号	0 1 9 2 0 0 0 1 9 8			
所 在 地	小樽市奥沢1丁目16番2号			
連絡先	電話番号	0134-22-0370	F A X	0134-32-7651
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	小樽市相生町、有幌町、石山町、稲穂、入船、色内、梅ヶ枝町、奥沢、勝納町、堺町、潮見台、東雲町、清水町、新富町、末広町、住ノ江、住吉町、築港、手宮、天神、豊川町、富岡、長橋1・2丁目、錦町、信香町、花園、真栄、松ヶ枝、緑、港町、最上、山田町、若竹町、若松			
登録定員	2 9 名			
利用定員	通いサービス	1 5 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	

	宿泊サービス	5名	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。
--	--------	----	---

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	(日中) 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 訪問サービス利用者 に対し2以上 (夜間) 宿泊サービス利用者対応として1名(夜間) 訪問サービス利用者対応として1名(宿直)
看護職員	健康管理等の医療業務	常勤換算方法により 2.5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。

※看護師は本体事業所（訪問看護ステーション アイケア奥沢口）と兼務の体制となっており、利用者の健康管理等を適切に行います。

5. 職員の勤務体制

区 分	勤 務 時 間	休 暇
日 勤 A	8：00～17：00	シフト制
日 勤 B	9：00～18：00	シフト制
早 番	7：30～16：30	シフト制
遅 番	11：00～20：00	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

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 特 別 食	・ 食事の提供及び食事の介助を行います。 ・ 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。 1 月当たりの利用料は、下記単位×10 円の1 割または2 割及び3 割となります。 ・ 法定代理受領の場合は、利用者負担は各ご利用者様の負担割合に応じた額となります。 要介護 1 12,447 単位 要介護 2 17,415 単位 要介護 3 24,481 単位 要介護 4 27,766 単位 要介護 5 31,408 単位 各種加算の算定については利用者及びその家族へ通知を行い同意を得た上で単位数に応じた額を請求させていただきます。加算名および単位につきましては、下記の通りとなります。 ・ 初期加算（30 日を限度） 1 日につき 30 単位 ・ 認知症加算 （Ⅲ）760 単位/月 （Ⅳ）460 単位/月 ・ 退院時共同指導加算 1 回 600 単位 ・ 緊急時対応加算 1 月につき 774 単位 ・ 特別管理体制加算 （Ⅰ）500 単位/月 （Ⅱ）250 単位/月 ・ ターミナルケア加算 1 月につき 2,500 単位 ・ 総合マネジメント体制強化加算（Ⅰ） 1 月につき 1,200 単位 ・ 看護体制強化加算 （Ⅱ）2,500 単位/月
	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。	
	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。	
	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。	
	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や機能訓練を行います。	・ 訪問体制強化加算 1 月につき 1, 000 単位 ・ 科学的介護推進体制加算 40 単位/月 ・ サービス提供体制強化加算 (Ⅲ) 350 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。
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や機能訓練を行います。	
看 護 サービス	・ 看護師、准看護師が療養上の世話又は必要な診療の補助を行います。	

(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 565 円（おやつ込）、夕食 575 円 ※前日までにキャンセル連絡がない場合はご負担いただきます。
宿 泊 代	・ 一泊につき 個室利用 : 1, 500 円 個室以外の宿泊室 : 1, 400 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. の通常の事業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。 往復 7 k m 未満 2 0 0 円 往復 7 k m 以上 5 0 0 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	島田脳神経外科
所 在 地	小樽市錦町1番2号
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科、認知症外来
入 院 設 備	有り
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

名 称	三ツ山病院
所 在 地	小樽市稲穂1丁目9番2号
電 話 番 号	0134-23-1289
診 察 科	内科・呼吸器内科・消化器内科・循環器内科
入 院 設 備	有り
協力関係の概要	訪問診療及び外来受診対応

名 称	札幌・すがた医院
所 在 地	小樽市緑2丁目29-3
電 話 番 号	0134-23-8266
診 察 科	内科・神経内科・整形外科・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

名 称	すこやか歯科
所 在 地	小樽市若松1丁目9番10号
電 話 番 号	0134-61-6188
診 察 科	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

名 称	あかり歯科
所 在 地	小樽市住吉町１０番４号
電 話 番 号	0134-26-6860
診 察 科	歯科・訪問診療
入 院 設 備	なし
協力関係の概要	訪問診療

９．協力福祉施設

名 称	グループホーム アイケア若松
所 在 地	小樽市若松２－１－１８
電 話 番 号	０１３４－２１－３２２２
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

消 防 計 画	責任者：日置 俊介
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	自動火災報知器 煙感知器 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 利用者に対する複合型サービス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。 ⑤ 下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社 保険名 福祉事業者総合賠償責任保険
--------------------	---

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 日置 俊介 ご利用時間 : 毎日 営業時間内(9:00~18:00) ご利用方法 : 電話 0134-22-0370・FAX 0134-32-7651 面接 随時 投書 事業所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 検討後翌日迄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 札幌市中央区南2条西14丁目 国保会館内 6階 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」 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 5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 Tel 0134-32-4111

15. 身体的拘束

やむを得ず身体拘束を行う場合の手続き	事業所にて身体的拘束委員会を開き、適切な判断する。 その際は、管理者より利用者、家族に目的、理由、時間、期間等を詳細に説明する。
--------------------	---

16. 第三者評価

実施の有無	なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

17. 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 採用後3ヶ月以内 2) 継続研修 年1回以上 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）利用者のための指定看護小規模多機能型居宅介護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）小樽市等行政機関より、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

指定看護小規模多機能型居宅介護事業所
看多機 アイケア奥沢口

【及び上記の1. 記載の各事業者】

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 _____）