

重要事項説明書（看護小規模多機能型居宅介護サービス）

指定看護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	株式会社アミューズケア			
所 在 地	札幌市中央区南 18 条西 12 丁目 4-35 エステラ貳番館 202			
法人種別	株式会社			
代 表 者	代表取締役 滝野 昇			
連 絡 先	電 話	011-211-0652	F A X	011-211-0752

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	看護小規模多機能型ホーム アミューズ旭岡は、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	看護小規模多機能型ホーム アミューズ旭岡は、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	看護小規模多機能型ホーム アミューズ旭岡	
指定番号	0192902831	
所 在 地	旭川市旭岡 5 丁目 4-20	
電話番号	0166-73-3860	
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 9 時から午後 4 時まで
	宿泊サービス	午後 4 時から午前 9 時まで
通常の事業 の実施地域	旭川市内全域	
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		1				看護師 介護支援専門員	業務及び職員等の管理
介 護 支 援 専 門 員		1				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	4		5			介護福祉士 初任者研修	日常生活の支援等
看護職員		1	6			看護師 准看護師	日常生活の支援等

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）＝ 下記単位の1割または2割 および3割 要介護1 12,438 単位 要介護2 17,403 単位 要介護3 24,464 単位 要介護4 27,747 単位 要介護5 31,386 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。 ○認知症加算 （Ⅰ）800 単位／月 （Ⅱ）500 単位／月 ○訪問体制強化加算 1,000 単位／月 ○総合マネジメント体制強化加算 1,000 単位／月 ○退院前共同指導加算 600 単位／回 ○緊急時訪問看護加算 574 単位／月 ○特別管理加算 （Ⅰ）500 単位／月 （Ⅱ）250 単位／月 ○ターミナルケア加算 2000 単位／看取り月 ○科学的介護推進体制加算 40 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	・介護職員が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。		・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。

訪 問 サービス	・ 看護職員が利用者のご自宅にお伺いし、健康状態の観察、健康相談、指導、機能訓練などを行います。	※ 別途合計額に 10.2%相当の介護職員処遇改善加算及び 1.7%相当の介護職員等ベースアップ等加算が加わります。
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。	

(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 350 円、昼食 500 円（おやつ代含む）、夕食 450 円
宿 泊 代	・ 一泊につき 個室利用 : 1,700 円 個室以外 : 1,600 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	・ 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 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	医療法人健康会 くにもと病院
所 在 地	旭川市4条通5丁目右1号
電 話 番 号	0166-25-2241
診 察 科	肛門科、胃腸内科、リハビリテーション
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	医療法人元気会 忠和クリニック
所 在 地	旭川市忠和5条6丁目17番地8
電 話 番 号	0166-69-2500
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	わかば歯科医院
所 在 地	旭川市春光5条1丁目5-13
電 話 番 号	0166-52-7111
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. 非常災害時の対策

非常災害時の対策	サービス提供中に天災その他の災害が生じた場合には、利用者の避難等適切な措置を講じます。
災害対策担当者	管理者
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

10. 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</p>
--------------------	---

14. 苦情申立

当 事 業 所 相 談 室	<p>担 当 者 : 管理者</p> <p>ご利用時間 : 毎日 10:00~16:00</p> <p>ご利用方法 : 電話 0166-73-3860 F A X 0166-74-8347</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申し立て者に連絡を取り、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 北海道福祉サービス適正化委員会 札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 TEL 011-804-6310</p> <p>② 北海道国民健康保険団体連合会 総務部 介護保険課 札幌市中央区南2条西14丁目国保会館 TEL 011-231-5161</p> <p>③ 旭川市役所 福祉保健部介護高齢課 旭川市6条通9丁目 総合庁舎2階14番 TEL 0166-26-1111</p>

15. 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> <p>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。</p> <p>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、株式会社アミューズケア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 管理者 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）利用者のための看護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）旭川市等行政機関より、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

看護小規模多機能型居宅介護事業所

看護小規模多機能型ホーム アミューズ旭岡 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)