

小規模多機能型居宅介護サービス重要事項説明書

介護予防小規模多機能型居宅介護サービス重要事項説明書

1. 事業者

名称	有限会社 ほのぼの月寒			
所在地	札幌市豊平区月寒東2条19丁目20番59号			
法人種別	営利法人			
代表者	代表取締役 河合 宏敏			
連絡先	電話	011-879-5701	FAX	011-879-5702

2. 事業の目的と運営方針

事業目的	<p>小規模多機能型居宅介護事業所はればれ（以下、「本事業所」とする。）が行う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（以下、「小規模多機能型居宅介護」とする。）の事業の適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護者及び要支援者に対して、その居宅において、又は本事業所に通わせ、若しくは短期間宿泊させ、本事業所において、家庭的な環境と地域住民との交流の下で、入浴、排せつ、食事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、ご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サービスを提供することを目的とします。</p>
運営方針	<p>本事業所は、ご利用者の要介護及び要支援状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に小規模多機能型居宅介護の提供を行うものとします。</p> <p>本事業所は、小規模多機能型居宅介護の提供に当たっては、ご利用者一人一人の人格を尊重するとともに、当該ご利用者又は他のご利用者等の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご利用者の行動を制限する行為を行わないものとします。</p> <p>事業の実施に当たっては、本事業所の従事者等によってのみ行うものとし、第三者への委託は行わないものとします。</p> <p>本事業所は、サービスの実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス事業者、地域住民およびそのボランティア活動等との連携協力を行う等、地域との交流に努めるものとします。</p> <p>前各項に定めるものの他、介護保険法、厚生労働省令で定める指定基準、その他関係法令を遵守し、事業を実施するものとします。</p> <p>小規模多機能型居宅介護の提供の終了に際しては、ご利用者又はその家族に対して適切な指導を行うものとします。</p> <p>本事業所は、自ら提供するサービスの質の評価を行うとともに、定期的に第三者機関による評価を受けて、常にその改善を図るものとします。</p>

3. 営業日及び営業時間

営業日	365日
営業時間	24時間
サービス提供時間	<p>① 通いサービス：午前6時～午後9時 <small>※但し、送迎サービス提供時間は、概ね午前9時～午後4時までとします。</small></p> <p>② 宿泊サービス：午後9時～翌午前6時</p> <p>③ 訪問サービス：24時間</p> <p>注1) サービス提供時間は、事前に介護支援専門員により計画された居宅サービス計画に基づくものとします。</p>
新規サービスの申込、相談等の受付時間	<p>① 受付日：月曜日～金曜日（土日祝祭日、年末年始を除く）</p> <p>② 受付時間：午前9時～午後6時</p>
苦情・相談等の受付時間	<p>① 受付日：365日</p> <p>② 受付時間：24時間</p> <p>注2) 従業員の業務状況によっては、電話に出られない場合がございますので、予めご了承ください。</p>

4. 本事業所の概要

(1) 事業所概要

施設名	小規模多機能型居宅介護事業所 はればれ
所在地	札幌市西区発寒6条9丁目3番1号 ウエストビューA.Oビル3F
電話番号等	TEL：011-699-5401 FAX：011-699-5402
指定事業者番号	0190400911
事業の実施地域	札幌市（西区・手稲区・中央区）

(2) 定員及び設備の概要

定員	登録定員	29名
	通いサービスの利用定員	18名/日
	宿泊サービスの利用定員	6名/日
設備	居間及び食堂	1室（62.41㎡）
	宿泊室	6室（7.50～9.48㎡） <small>※1室専用、5室は居間及び食堂をパーティションで区切り使用</small>
	便所	2ヵ所（車椅子利用可能）
	浴室	1室（一般浴・機械浴）
	相談室	1室
	送迎車	1台（中型1台・小型0台）

5. 従業者体制 (令和4年4月1日現在)

職種	資格	常勤	非常勤	計	備考(兼任の有無等)
管理者	介護福祉士	1人	—	1人	
介護支援専門員	介護支援専門員	1人	人	1人	
介護従業者	看護師又は准看護師	人	1人	人	
	訪問介護員研修課程2級以上	3人	1人	4人	
	その他(事務・運転手)	人	人	人	

6. 職務内容

管理者	<p>特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、介護老人保険施設、指定認知症対応型共同生活介護事業所等の従業者又は訪問介護員等として、3年以上認知症高齢者の介護に従事した経験を有するものであって、従業者等の管理及び本事業所の利用に係る調整、業務の実施状況の把握その他管理を一元的に行うものとしします。</p> <p>また、従業者等に対し、法令等に規定されている事業の実施に関して遵守させるため必要な指揮命令を行うものとしします。</p>
計画作成担当者	<p>厚生労働大臣の定める研修を修了しているものであって、ご利用者に係る居宅サービス計画及び介護予防サービス計画(以下、「居宅サービス計画」とする。)並びに、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(以下、「小規模多機能型居宅介護計画」とする。)を作成するものとしします。</p> <p>また、連携する医療・福祉サービス事業者、地域住民およびそのボランティア活動等との連絡・調整を行うものとしします。</p>
介護従業者	<p>本事業所が使用する看護師、准看護師、介護福祉士、訪問介護員研修課程修了者等の資格を有する者その他の従業員であって、小規模多機能型居宅介護の提供にあたるものとしします。</p>

7. 居宅サービス計画の作成

介護支援専門員は、指定居宅介護支援等基準第13条各号に掲げる具体的取組方針に沿って、ご利用者の居宅サービス計画を作成するものとしします。

8. 小規模多機能型居宅介護計画の作成

- (1) 介護支援専門員は、ご利用者の心身の状況、希望及びその置かれている環境を踏まえて、援助の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載した小規模多機能型居宅介護計画書を作成するものとしします。

- (2) 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画の作成に当たっては、地域における活動への参加の機会の提供等により、ご利用者の多様な活動の確保に努めるものとします。
- (3) 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画書の作成につき、その内容についてご利用者又はそのご家族に対して説明し、同意をいただくとともに、作成した小規模多機能型居宅介護計画書をご利用者に交付するものとします。
- (4) 介護支援専門員は、小規模多機能型居宅介護計画書の作成後においても、常に小規模多機能型居宅介護計画書の実施状況及びご利用者の様態の変化等の把握を行うとともに、必要に応じて小規模多機能型居宅介護計画を変更するものとします。

9. サービス内容

- (1) サービスは、ご利用者の心身の状況に応じ、ご利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって行うものとします。
- (2) 本事業所は、原則として、以下のサービス内容区分の中から小規模多機能型居宅介護計画に基づき、サービスを提供するものとします。

通いサービス	ご利用者に当事業所に通っていただき、ご利用者の日常生活動作能力及び意欲向上のために、ご利用者と共に行う自立支援のためのサービスであって、入浴、排せつ、食事等の介護、その他日常生活上の世話、余暇活動、地域交流活動、機能訓練等を行うサービスです。
訪問サービス	当事業所のサービス従事者がご利用者の居宅へ訪問し、ご利用者の日常生活動作能力及び意欲向上のために、ご利用者と共に行う自立支援のためのサービスであって、入浴、排せつ、食事等の介護、機能訓練、調理、清掃、生活必需品の買い物、通院同行、安否確認、その他日常生活上の世話等を行うサービスです。
宿泊サービス	当事業所へ宿泊するご利用者に対して行う、ご利用者の日常生活動作能力及び意欲向上のために、ご利用者と共に行う自立支援のためのサービスであって、入浴、排せつ、食事等の介護その他日常生活上の世話等を行うサービスです。
送迎（通いサービス・宿泊サービスにおける送迎）	送迎を必要とするご利用者に対し、ご利用者宅から当事業所間の送迎サービスを提供します。送迎車両には運転手又は従業者が添乗し、必要な介助を行います（送迎、移動、移乗動作の介助）。なお、天候や交通事情等諸般の事情により、所定の送迎時刻と誤差が生じる場合がありますので、予めご了承下さい。
相談、援助	ご利用者又はそのご家族等からの心身、生活、本事業所に関する内容等の相談に対応し、相談者の精神的負担の軽減を促すことができるように援助を行います。
行政機関への手続きの代行	ご利用者が日常生活を営む上で必要な行政機関に対する手続等、本事業所にてご利用者又はそのご家族が行うことが困難である場合に限り、ご利用者の同意を得て、その手続をご利用者に代わって行います。

10. サービス利用料金及びその他の費用

(1) 介護保険基本料金

- 一 サービスの利用料金は、介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した次の金額となります。

【1ヵ月】※単位：円（消費税非課税）

介護認定 結果	介護給付費 包括単位	地域加算 (10.17)	自己負担額		
			1割	2割	3割
要支援1	3,438 単位	34,964	3,497	6,993	10,490
要支援2	6,948 単位	70,661	7,067	14,133	21,199
要介護1	10,423 単位	106,001	10,601	21,201	31,801
要介護2	15,318 単位	155,784	15,579	31,157	46,736
要介護3	22,283 単位	226,618	22,662	45,324	67,986
要介護4	24,593 単位	250,110	25,011	50,022	75,033
要介護5	27,117 単位	275,779	27,578	55,156	82,734

注3) 入院等により、小規模多機能型居宅介護サービスを利用した実績がない場合も、本事業所に登録されている限り当該料金が発生致します。

- 二 ご利用者が月途中から登録された場合又は月途中で登録終了した場合のサービス利用料金は、以下の自己負担額に登録日数を乗じた金額となります。

【1日】※単位：円（消費税非課税）

介護認定 結果	介護給付費 1日単位	地域加算 (10.17)	自己負担額		
			1割	2割	3割
要支援1	113 単位	1,149	115	230	345
要支援2	229 単位	2,328	233	466	699
要介護1	343 単位	3,488	349	698	1047
要介護2	504 単位	5,125	513	1,025	1,538
要介護3	733 単位	7,454	746	1,491	2,237
要介護4	809 単位	8,227	823	1,646	2,469
要介護5	892 単位	9,071	908	1,815	2,722

注4) 月途中からの登録の場合の登録日数は、利用契約を結んだ日ではなく、小規模多機能型居宅介護サービスを実際に利用した日から月末までとなります。

注5) 月途中で登録終了した場合の登録日数は、小規模多機能型居宅介護サービスを最後に受けた日ではなく、月初から本事業所との契約を解除した日までとなります。

- 三 償還払いとなる場合には、サービス利用料金の全額を、本事業所にお支払いいただきます。この場合には、後日、本事業所がご利用者に対してお渡しする、領収証及びサービス提供証明書を保険者（市区町村）の窓口に提示して承認された後、ご利用者には、自己負担額分を除いた金額が払い戻されます。

- 四 本契約の有効期間中、介護保険法その他関係法令の改正により、サービス利用料金又は自己負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。この場合、本事業所は、法令改正後速やかにご利用者に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知します。

(2) 介護保険加算料金

次の金額は、本事業所の介護保険法で定める小規模多機能型居宅介護の加算となる報酬単価であり、加算の対象者は算定要件に該当するご利用者に限ります。

【初期加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

ご利用者がサービス開始日から起算して30日以内の期間につきましては、初期加算として、1日につき以下の料金を加算させていただきます。また、30日を超える病院又は診療所への入院後にサービスの利用を再開した場合も、同様に30日以内の期間につきましては、以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
30単位	305	31

【認知症加算（Ⅰ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

ご利用者が、介護認定における審査の結果、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクがⅢ、Ⅳ又はMに該当される場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
800単位	8,136	814

【認知症加算（Ⅱ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

ご利用者の要介護状態区分が「要介護2」であって、且つ、介護認定における審査の結果、「認知症高齢者の日常生活自立度」のランクがⅡに該当される場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
500単位	5,085	509

【若年性認知症利用者受入加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

若年性認知症である利用者(初老期における認知症によって要介護者となった者)に対し個別の担当者を定めている事業所であるとして市町村に届け出た場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。但し、認知症加算を算定している場合には該当しません。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
800単位	8,136	814

【看護職員配置加算（Ⅰ～Ⅲ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

本事業所に配置される看護師が基準以上であるとして市町村に届け出た場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

区分	加算要件	単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
Ⅰ	常勤専従の看護師1名以上	900単位	9,153	916
Ⅱ	常勤専従の准看護師1名以上	700単位	7,119	712
Ⅲ	常勤換算方法で1名以上	480単位	4,881	489

【看取り連携体制加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

看護職員配置加算（Ⅰ）を算定し、且つ、本事業所の体制が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして市町村に届け出た場合、看取り期におけるサービスを行った期間（死亡日及び死亡日以前30日以下）について1日につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
64 単位	650	65

【訪問体制強化加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

訪問サービスを行う従業者を常勤で2名以上配置し、且つ、訪問サービスの提供回数が1月あたり述べ200回以上である場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
1,000 単位	10,170	1,017

【総合マネジメント体制強化加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

ご利用者が住み慣れた地域での生活を継続できるよう、多職種協同により小規模多機能型居宅介護計画が随時適切に見直され、且つ、地域住民等との交流・活動等に積極的に参加されている場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
1,000 単位	10,170	1,017

【生活機能向上連携加算（Ⅰ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

本事業所の介護支援専門員が、リハビリテーション系サービス事業所に所属する従業者等（以下、「リハビリ専門職」という。）からの助言に基づき、生活機能向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成し、当該計画に基づくサービスを行った場合に、初回のサービスが行われた日の属する月に以下の料金を加算させていただきます。なお、3月経過後、当該計画を見直した場合には再度本加算が算定されます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
100 単位	1,017	102

【生活機能向上連携加算（Ⅱ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）

ご利用者の身体の状態等の評価を介護支援専門員とリハビリ専門職とが共同で行い、且つ、生活機能向上を目的とした小規模多機能型居宅介護計画を作成した場合であって、さらに、リハビリ専門職と連携して当該計画に基づくサービスを行った場合に、初回のサービスが行われた日の属する月以降3月の間、1月につき以下の料金を加算させていただきます。但し、生活機能向上連携加算（Ⅰ）を算定している場合は該当いたしません。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
200 単位	2,034	204

- 【口腔・栄養スクリーニング加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）
 利用開始時及び利用中6月ごとにご利用者の口腔の健康状態のスクリーニング及び栄養状態のスクリーニングを行った場合に、1回につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合 (1回につき / 6月に1回が限度)
20 単位	203	21

- 【科学的介護推進体制加算】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）
 ご利用者の心身の状況等に係る基本的な情報を厚生労働省に提出する等を行う事業所として市町村に届け出た場合に、1月につき以下の料金を加算させていただきます。

単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
40 単位	406	41

- 【サービス提供体制強化加算（Ⅰ～Ⅲ）】 ※単位：円（ 該当 / 非該当 ）
 本事業所のサービス提供体制が以下要件に適合しているものとして市町村へ届け出た場合、その適合する要件の種類により1月につき以下の料金を加算させていただきます。

加算要件				
A、全ての従業者ごとに研修計画を作成し、実施している（実施予定である）				
B、会議を定期的開催している				
C、看護師、准看護師を除く従業者の総数が、以下のいずれかに該当すること <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 60% ・勤続10年以上の介護福祉士の割合が 25%以上 				
D、看護師、准看護師を除く従業者の総数のうち、介護福祉士 40%以上または介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の占める割合が 60%以上該当すること				
E、看護師、准看護師を除く従業者の総数が、以下のいずれかに該当すること <ul style="list-style-type: none"> ・介護福祉士 30%以上または介護福祉士、実務者研修修了者、基礎研修修了者の占める割合が 50%以上 ・常勤職員の割合が 60%以上 ・勤続7年以上の介護福祉士の割合が 30%以上 				
F、定員超過利用・人員基準欠如に該当していない				
区分	該当する要件	単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額 ※1割負担の場合
Ⅰ	A,B,C,F	750 単位	7,627	763
Ⅱ	A,B,D,F	640 単位	6,508	651
Ⅲ	A,B,E,F	350 単位	3,559	356

- 【介護職員処遇改善加算Ⅰ～Ⅲ】 ※単位：率（ 該当 / 非該当 ）
 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村に届出を行った場合、以下の料金を加算させていただきます。

区分	単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額
Ⅰ	1ヶ月の総単位数の 11.1%	—	—
Ⅱ	1ヶ月の総単位数の 8.1%	—	—
Ⅲ	1ヶ月の総単位数の 4.1%	—	—

【介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ～Ⅱ】 ※単位:率(□ 該当 / □ 非該当)
 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして市町村に届出を行った場合、以下の料金を加算させていただきます。

区分	単位数	地域加算 (10.17)	自己負担額
Ⅰ	1ヶ月の総単位数の3.1%	—	—
Ⅱ	1ヶ月の総単位数の2.3%	—	—

(3) キャンセル

- 一 ご利用者がサービスの利用の中止（以下、「キャンセル」という。）をする際には、速やかに本事業所まで連絡しなければならないものとします。
- 二 ご利用者のご都合により本サービスをキャンセルする場合には、本サービス実施予定時間の24時間以内のキャンセルであって、食事の提供をする予定であった場合及び宿泊を利用する予定であった場合には、その提供を受ける予定であった食事及び宿泊に要する費用の1割をキャンセル料金として、ご利用者にお支払いいただきます。
 但し、ご利用者の容態の急変など、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、キャンセル料金はいただきません。

連絡時期	キャンセル料金
本サービス実施予定時間の24時間前まで	無料
本サービス実施予定時間の24時間以内	予定されていた食事及び宿泊要する費用の1割

- 三 キャンセル料金は、当月分のサービス利用料金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

(4) 交通費その他の費用

- 一 従業者がご利用者を送迎するため、ご利用者宅を訪問する際にかかる交通費は、4.に記載するサービス実施地域内にお住まいのご利用者につきましては、無料となります。
 なお、サービス実施地域外にお住まいのご利用者につきましては、当事業所からご利用者の居宅までの往復の費用 [100円/km] (消費税別) とします。
- 二 訪問サービスにおける買い物や通院・外出介助などを利用する際にかかる交通費は、原則としてご利用者から支払いを受けることができますものとして、交通費は通院・外出介助の場合、同乗する当事業所の従事者分を含む公共交通機関利用実費とし、片道のみサービスの提供であっても、往復における従事者分の交通費をご利用者にご負担いただくものとします。
 買物代行において当事業所の自動車を使用する場合は、使用時の経費（ご利用者の居宅から目的地までの往復の費用 [100円/km] (消費税別) とします。

三 サービスの提供にあたり、以下の費用が発生した場合には、その費用をご利用者にお支払いいただきます。

- ①食事の提供に要する費用
- ②宿泊に要する費用
- ③おむつ代
- ④その他サービスの提供において提供される便宜のうち、日常生活においても通常必要となるものに係る費用であって、ご利用者にご負担いただくことが適当であると認められる費用

朝食	400 円
昼食	600 円
夕食	600 円
おやつ	100 円
1泊当たり	3,000 円

1 1. お支払方法

- (1) ご利用者は、介護サービス料金から保険給付額を差し引いた利用者自己負担額を支払うものとします。ただし、要介護認定（更新認定を含む）がなされていない場合その他介護保険法に定める償還払いの取扱になる場合等については、介護サービス料金全額が自己負担となります。
- (2) 本事業所は、月ごとに、料金の合計額を記載した請求書を発行し、ご利用者に請求するものとします。なお、1ヶ月に満たない登録期間の料金についても、利用実績に基づいて計算するものとします。
- (3) ご利用者は、原則として本事業所の指定する口座引き落としの方法により、利用料金を支払うものとします。
- (4) 口座引き落としの方法によらず、銀行口座への振込み等を行った場合の手数料は、ご契約者のご負担となります。
- (5) ご利用者は、いかなる理由による契約の終了または解約であっても、既に提供したサービスについては、所定の料金を支払うものとします。
- (6) 料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、再三の督促にもかかわらずなされないときは、本事業所はご利用者に対して支払期日の翌日から支払完了の日までの日数に応じて年率14%の割合で計算した遅延損害金を併せて請求するものとします。
- (7) 本事業所は、ご利用者から料金を受領したときは、ご契約者に対し領収証を発行します。

1 2. 地域との連携等

- (1) 本事業所は、サービスの提供にあたっては、ご利用者、そのご家族、地域住民の代表者、市区町村の職員又は地域包括支援センターの職員、本サービスについて知見を有する者等により構成される協議会（以下、「運営推進会議」とします。）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、訪問サービス、通いサービス及び宿泊サービスの提供回数等を報告し、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、助言等を聞く機会を設けるものとします。
- (2) 本事業所は、事業の運営にあたっては、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等の地域との交流を図るものとします。

1 3 . 本事業所及び従業員の義務

- (1) 本事業所及びその従業員は、サービスの提供にあたってご利用者の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。
- (2) 本事業所は、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。
- (3) 本事業所は、ご利用者に対するサービスの提供内容について記録を作成するものとします。また、作成したサービス実施記録及び居宅サービス計画書、小規模多機能型居宅介護計画書は、5年間これを保存し、ご利用者の請求に応じてこれを開示するものとします。

1 4 . 衛生管理

- (1) 本事業所は、その従業員の清潔保持及び健康状態を本事業所にて必要な管理に努めるとともに、感染症が発生し、又はまん延しないように必要な措置を講ずるよう、努めるものとします。
- (2) 本事業所は、ご利用者が利用する施設、食器その他の設備又は飲用に供する水、衛生的な管理に努め、又は衛生上必要な措置を講ずるものとします。

1 5 . その他留意事項

- (1) ご利用者及びそのご家族は、本契約で定められた業務以外の事項を従業員に依頼することはできません。
- (2) 従業員は、サービスに伴い、医療行為を行うことはできません。
- (3) ご利用者の担当となる従業員の選任及び変更は、ご利用者に適正かつ円滑にサービスを提供するため、本事業所が行うものとし、ご利用者が従業員を指名することはできませんので、予めご了承ください。
- (4) ご利用者が、担当の従業員の変更を希望する場合には、当事業所までお申し出ください。但し、業務上不適当とされる事由が無いと判断される場合には、従業員の変更を致しかねる場合がございます。
- (5) 訪問予定時間は交通事情により前後することがありますので予めご了承ください。

(6) サービス提供の際の事故及びトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- 一 従業者は、現金、預金通帳、キャッシュカード、印鑑、年金証書その他有価証券等は、一切お預かりすることができませんので、予めご了承ください。現金及び貴重品は、ご利用者の責任で管理していただきます。
- 二 ご利用者の居宅においても、現金や貴重品は、室内に放置せず、金庫等に保管してください。
- 三 ご利用者の居宅の鍵をお預かりする際には、鍵預かり証を取り交わします。
- 四 サービス従業者に対する贈り物や飲食等のご配慮は、遠慮させていただきます。

16. サービス相談窓口及び苦情受付窓口

本事業所における相談、および苦情受付	
電話番号	011-699-5401
受付時間	9:00 ~ 18:00
受付担当者	本事業所の管理者（不在の場合には、従業員が受付いたします）
事業者における相談、および苦情受付	
部署名	有限会社ほのぼの月寒 本部
電話番号	011-879-5701
受付時間	9:00 ~ 18:00（土・日・祝日 定休）
受付担当者	代表取締役 河合 宏敏
外部における相談、および苦情受付	
窓口の名称	① 札幌市保健福祉局高齢者保健福祉部 介護保険課 ② 北海道国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談窓口
電話番号	① 011-211-2972 ② 011-231-5161
受付時間	① 8:45 ~ 17:15 ② 9:00 ~ 17:00（土・日・祝日 定休）
苦情処理の体制・基準	
①	苦情があった場合は、本事業所の管理者に連絡を取り、直接会うなどをして詳しい事情を聞きます
②	検討を行う事情が生じた場合は、検討会議を開催します
③	検討後、翌日までに具体的な対応策を講じます
④	苦情の内容等は全て記録します

17. 事故発生時・緊急時の連絡先及び対応の手順

発生時の連絡先	別紙にて定める緊急連絡先より優先順位に従ってご連絡します。
対応の基本手順	<ul style="list-style-type: none"> ① ご入居者の安全確保（負傷事故の場合、必要に応じ医療機関への連絡・搬送等の実施） ② 発生状況・内容の確認 ③ 本事業所の責任者等への報告 ④ ご家族等・市区町村への連絡 ⑤ 解決に向けた対応の実施 ⑥ 発生原因の解明、及び発生防止への措置 ⑦ ご入居者及びご契約者への、解決経過・結果の説明 ⑧ 本事業所の責任者等への最終報告
損害賠償等	サービスの提供により、ご入居者へ賠償すべき事故が発生した場合、21. 損害賠償 に基づき対応を実施します。

18. 協力医療機関等

- (1) 本事業所は、ご利用者の疾病、負傷等に備え、適時に診断、治療その他必要な措置が受けられるよう、以下の協力医療機関等と連携を図ります。

協力医療機関	
名称	札幌シティクリニック
所在地	札幌市東区北31条東19丁目2番10号
連絡先	011-768-7234
診療科目	内科・消化器内科
協力関係の概要	訪問診療、往診、健康相談、入院先紹介 等
協力医療機関	
名称	イムス札幌消化器中央総合病院
所在地	札幌市西区八軒2条西1丁目1番1号
連絡先	011-611-1391
診療科目	消化器内科、呼吸器内科、外科、脳神経外科、泌尿器科 他
協力関係の概要	外来受診、入院治療 等
協力歯科医療機関	
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番1号
連絡先	011-864-5524
診療科目	歯科
協力関係の概要	訪問歯科診療および外来受診対応

- (2) 本事業所は、ご入居者の心身の状態に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに救急隊、主治医または協力医療機関等への連絡を行う等の必要な措置を講じるものとします。なお、医療費はご利用者の負担になります。
- (3) 入院加療を必要とする場合は、ご利用者及びご家族の同意を得て、主治医の判断・指示により、病院への入院にご協力いたします。なお、医療費はご利用者の負担になります。

(4) 協力医療機関等への送迎、付き添いに関しては、原則、本事業所にて送迎及び付き添いを行います。ご家族様に対応を依頼することがありますのでご了承ください。

(5) 協力医療機関等以外への通院、入退院に伴う送迎及び付き添いに関しては、原則としてご家族に対応いただきます。

19. 秘密保持及び個人情報の保護

(1) 本事業所及びその従業者は、業務上知り得たご利用者及びご家族等の秘密及び個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取り扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がある場合以外には開示しません。

(2) 本事業所及びその従業者は、そのサービス提供上知り得たご利用者及びご家族等の秘密及び個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより退職後も同様とします。

(3) 本事業所及びその従業者は、必要な範囲においてご利用者及びご家族等の個人情報を取扱います。なお、ご利用者及びご家族等の個人情報の取り扱いに関して、別途同意を得るものとします。

(4) 前記に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

20. 身体拘束の禁止

本事業所は、ご利用者の生命又は身体を保護するため、下記のような緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他ご入居者の行動を制限する行為を行わないものとします。なお、緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、ご入居者やその家族に拘束の内容、目的、理由、拘束の時間、期間等について説明し、文書による同意を得ることとします。

- 一 ご利用者または他のご利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合
- 二 身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がない場合
- 三 身体拘束その他の行動制限が一時的なものである場合

21. 損害賠償

(1) 本事業所は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、本事業所の責めに帰すべき事由により、ご利用者の生命・身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償します。但し、ご利用者または身元引受人に過失がある場合は、本事業所は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。

(2) 本事業所は、本事業所の責めに帰さない事由によりご利用者に生じた損害については、損害賠償の責を負いません。とりわけ、以下の事由に該当する場合には損害賠償の責を免れます。

- 一 ご利用者またはご家族が、契約締結時にその疾患及び身体等の重要事項について故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- 二 ご利用者またはご家族が、サービス提供のために必要な事項に関する聴取及び確認に対して故意にこれを告げず、または不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合
- 四 ご利用者の身体上の素因による急激な体調の変化その他本事業所の提供したサービスを原因としない事由により損害が発生した場合
- 五 本事業所が、必要なサービス提供のために、ご利用者の所有物品を通常の使用方法により使用したにもかかわらず、当該物品が耐用年数の超過その他の理由により破損した場合
- 六 ご利用者またはご家族が、本事業所及び本事業所の従業員の指示及び依頼に反して行った行為に起因して損害が発生した場合

(3) 身元引受人者は、ご入居者または身元引受人の責めに帰すべき事由により、本事業所の従業員、及び他のご入居者の生命・身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

(4) ご入居者またはご家族が、本事業所またはその設備、備品等を汚損または毀損、滅失、その他原状を変更した場合には、ご家族により、直ちに自己の費用により原状に復するか、またはその対価を支払って損害を賠償することとします。

2.2. 非常災害対策

防火管理者	事業所のテナントビルで専任される防火管理者
避難訓練	年2回（うち、1回は夜間想定）
防災設備	自動火災報知器、スプリンクラー、煙感知器、火災通報装置、消火器、誘導灯

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____ 印

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名・捺印を求める。

署名 _____ 印