

重要事項説明書（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）

1. 当事業所の目的及び運営方針

- (1) 当指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（以下「事業所」と言います。）の介護福祉士、看護師、准看護師、保健師、その他の従業者（以下「サービス従業者」と言います。）が、要介護状態または要支援状態にあり、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業（以下「本サービス」と言います。）の必要性のある高齢者に対し、適正な本サービスを提供することを目的とします。
- (2) 事業所のサービス従業者は、要支援者及び要介護者（以下「要介護者等」と言う。）の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援をします。
- (3) 本サービスの実施にあたっては、市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

2. 事業者（経営主体）

本社所在地 〒001-0023
札幌市北区北 23 条西 3 丁目 1-5
事業所名 株式会社 楽明館
代表者名 代表取締役 木本 由孝

3. 当事業所の概要

事業所名 定期巡回センター花時計
所在地 札幌市北区北 23 条西 3 丁目 1-5
電話番号 (011) 776-7500
介護保険指定事業所番号 【 0190201707 】
サービス実施地域 札幌市北区

4. 当事業所職員の職種、定数及び職務内容

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名		1 名
オペレーター	4 名以上	1 名以上	5 名以上
定期訪問介護員	4 名以上	1 名以上	5 名以上
随時訪問介護員	4 名以上	1 名以上	5 名以上
計画作成責任者	1 名		1 名

- ・管理者は、事業所従業者の管理及び本サービスの利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。
- ・オペレーターは、随時対応サービスとして、利用者およびその家族からの通報に対応します。

5. サービス内容

事業所が、利用者の居宅にサービス従業者を派遣し、本サービスを提供します。

6. 営業日及び営業時間

営業日 365 日

営業時間 24 時間

7. 利用料金、その他の費用（目安）

（1）本サービスに対する料金及び利用者の負担額は以下に記載するとおりです。

1：定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問看護 別事業所と連携）の基本料金

要介護度	単位数	利用料金	自己負担額
要介護 1	5,446 単位／月	55,604 円	5,560 円
要介護 2	9,720 単位／月	99,241 円	9,924 円
要介護 3	16,140 単位／月	164,789 円	16,479 円
要介護 4	20,417 単位／月	208,458 円	20,846 円
要介護 5	24,692 単位／月	252,105 円	25,211 円

※地域単価 10.21

※連携型で訪問看護を受ける場合には、別に訪問看護事業所において利用料（要介護 1～4 は 3,023 円、要介護 5 は 3,840 円）がかかります。

※上記は 1 割の自己負担額。2 割、3 割負担の方は上記自己負担額に対して割合を乗じた額となります。

2：加算項目

	加 算		
☐	初回加算	30 単位 / 日	当事業所に登録した日から起算して 30 日以内の期間及び 30 日を超える病院又は診療所への入院後に当事業所の利用を再び開始した場合。
☐	介護職員処遇改善加算Ⅲ	所定単位数の 18.2%を加算	介護職員の処遇改善に取り組み都道府県に申請を受理された事業者が職員の賃金改善のための交付を受ける加算です。尚、この金額は登録者の区分支給限度額には影響しません。

(2) 交通費 通常のサービス提供実施地域以外の地域の居宅におけるサービスの提供を受ける場合には、交通費実費相当額を事業者に支払うものとします。

(3) 料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、未締めの1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により原則翌月月末までにお支払いください。

- ・ 1. 指定銀行口座より引き落とし
- ・ 2. 銀行振込み

(4) 介護保険の給付対象とならないサービス

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

ア 個人で使用する紙オムツ、尿パットなどは自己負担となります。

イ 清掃などに利用する、消耗品類（洗剤、有料ごみ袋）などは自己負担となります。

ウ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、個人的な複写物においては実費を頂きます。

1枚につき : 10円

8. キャンセル規定

サービスの利用をキャンセルする際は、すみやかに当事業所までご連絡下さい。サービス利用日の前日の正午までにご連絡いただいた場合、キャンセル料はかかりません。サービス利用前日の正午以降にご連絡頂いた場合には、予定されていたサービス料金の全額（10割）をいただきます。（但し、容態の変化に伴う緊急入院等、その他やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。）

9. サービスご利用についての注意事項

(1) サービスの提供にあたっては、当事業所が選任した従業者がサービスを行います。

利用者がサービス従業者の交替を指名することはできません。

(2) 選任されたサービス従業者の交替を希望する場合は、当該サービス従業者が業務上不適当と認められる事情、その交替を希望する理由を明らかにして、交替を申し出ることができます。

また、当事業所の都合によりサービス従業者を交替することがあります。その場合、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮いたします。

【その他減算事項】

	減 算		
□	通所介護を利用した場合	要介護度 1 62 単位／日 要介護度 2 111 単位／日 要介護度 3 184 単位／日 要介護度 4 233 単位／日 要介護度 5 281 単位／日	通所介護を利用した場合。
□	同一建物居住者にサービス提供する場合	①600 単位／月 ②900 単位／月	① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 ② 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のうち、当該建物に居住する利用者の人数が 1 月あたり 50 人以上の場合

- ◆ 介護保険から給付額等に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。
- ◆ 介護職員処遇改善加算所定単位数に加算率 18.2%を乗じた単位数で算定します。
- ◆ 初期加算とは、本サービスの利用を開始した日から起算して 30 日以内の期間で算定します。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とします。
- ◆ 退院時共同指導加算とは、病院、診療所、介護老人保健施設から退院（退所）する者に対し、当該事業所の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が退院時共同指導を行った後、退院（退所）後、初回の訪問看護サービスを行った場合に算定します。

- (3) 利用者の住まいで、サービスを提供するために水道、ガス、電気等を使用させていただくことがあります。また、サービス従業者が事業所に連絡するために、利用者の電話を使用させていただく場合、電話代は当事業所にて負担いたします。

10. 緊急時の対応方法

サービス提供中に容態の変化、及び緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医、救急隊、家族等へ連絡いたします。

11. 事故発生時の対応

事故発生ときは、責任の如何にかかわらず、先ず利用者の身体、生命を最優先の視点から、適宜の適切な対応は無論のこと、結果として事業所の責に帰すべき事由により利用者様への生命・身体・財産・信用等に損害を及ぼした場合は、その損害を賠償します。

12. 個人情報保護を厳守いたします。

個人情報は業務上最小限必要な場合があり、別紙同意書をいただきますが、それ以外には決してもらさないことを約束いたします。

なお、この個人情報保護厳守については、利用者様との契約が解約・終了後、及び当事業所の職員が退職後においても同様に継続厳守されるものであります。

13. 本サービスの内容に関する相談・苦情窓口、手順

本サービスの内容に関する相談や苦情については次の窓口でお受け致します。

相談・苦情	電話番号	011-776-7500
	ファックス	011-707-7703
	担当者	管理者 高橋 太作
	対応時間	月～金 8:30～17:30
	※ 但し、12月30日～1月3日までは除く	

保健福祉局保健福祉部介護保険課 011-211-2547

札幌市社会福祉協議会福祉サービス苦情センター 011-632-0550

国保連合会 011-231-5161

でも受けています。

処理手順

- ・苦情を受けた場合、管理者が担当者から詳しい内容を確認した上で直ちに利用者（家族）に連絡をとり利用者宅を訪問し解決対応に当たる。
- ・上席に報告し、その指示によって担当者会議を招集しその結果に基づいた対応を講じる。
- ・翌日までに処理の具体的な方針を定め、利用者（家族）宅に訪問して説明する。
- ・再発の防止に役立てるため、台帳に記載し保管する。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

サービスの提供に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

(説明者) 住所 札幌市北区北 23 条西 3 丁目 1 番 5 号

定期巡回センター花時計

氏名 管理者 高橋 太作 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意いたします。

(利用者) 住所

氏名 _____ 印 _____

*代理人を選任した場合

〔代理人〕住所

氏名 _____ 印 _____