

重要事項説明書

(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)

あなたに対する定期巡回・随時対応型訪問介護看護提供開始にあたり、厚生省令第34号第3条7(定期巡回・随時対応型訪問介護看護)に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 和敬会
事業者の所在地	愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 太田 一平
電話番号	0536-22-0760

2 ご利用事業所

事業所の名称	まどかの郷定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所
事業所の所在地	愛知県額田郡幸田町大字野場字石荒23番地
管理者名	太田 二郎
電話番号	0564-63-1626
ファクシミリ番号	0564-63-1633

3 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定			利用 定数
		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
施設	特別養護老人ホーム	平成12年4月1日	令和8年3月31日	2376000085	100人
居宅	訪問介護	平成12年2月29日	令和8年3月31日	2376000168	
	通所介護	平成12年2月29日	令和8年3月31日	2376000176	35人
	短期入所生活介護(注※)	平成12年2月29日	令和8年3月31日	2376000184	空床
居宅介護支援事業		平成11年9月28日	令和8年3月31日	2376000077	105人
地域密着型	定期巡回・随時対応型訪問介護看護	令和4年10月1日	令和10年9月30日	2396000065	

(注※は介護予防事業含む。介護予防事業の指定有効期限は令和6年3月31日)

幸田町総合事業		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
居宅	訪問介護相当事業	平成30年4月1日	令和6年3月31日	2376000168	
(注※)	通所介護相当事業	平成30年4月1日	令和6年3月31日	2376000176	

(注※について、訪問介護相当事業は訪問介護と、通所介護相当事業は通所介護と一体的に行います)

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>社会福祉法人和敬会が開設する、まどかの郷定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所（以下「まどかの郷事業所」という。）が行う指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業（以下「事業」という。）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、まどかの郷事業所の訪問介護員等（以下「職員」という）が要介護状態にある高齢者（以下「利用者」という）に対し、適正な事業を提供することを目的とする。</p>
運営の方針	<p>本事業は、在宅生活を支えるために必要なときに、必要な介護・看護サービスを包括的かつ継続的に提供する。</p> <p>まどかの郷事業所の職員は、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように支援を行う。</p> <p>利用者への支援にあたっては、利用者の心身の特性、その置かれている環境等に応じて、居宅サービス計画に従って、適正な定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を立て、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努めるものとする。</p> <p>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、居宅介護支援事業所、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>サービスの提供にあたっては、利用者の生命または身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の行動を制限する行為を行わない。</p>

5 職員体制（主たる職員）

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格 (※印は兼務)
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長	1		1				1.0	社会福祉主事 1名※
計画作成担当者	1		1				1.0	介護福祉士 1名※
オペレーター	3		3				1以上	介護福祉士 3名※ サービス提供責任者 3名※
訪問介護員	定期巡回	7	3	4	4.2	必要数		介護福祉士 (常勤) 3名 (内3名※) (非常勤) 2名 初任者研修修了 (旧ヘルパー2級) (非常勤) 2名
	随時対応	7	3	4	4.2	1以上		介護福祉士 (常勤) 3名 (内3名※) (非常勤) 2名 初任者研修修了 (旧ヘルパー2級) (非常勤) 2名

(注※)職員数は令和6年1月1日現在のものです。

6 事業実施地域、営業日およびご利用の予約

通常の実施地域	幸田町
営業日	365日
営業時間	24時間（電話連絡等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。）
ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の2か月前から受け付けております。

7 事業所の第三者評価について

第三者評価実施の有無	無
<p>第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業所及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。 (事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない)</p>	

8 定期巡回・随意対応型訪問介護看護サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容	利用料
随時対応サービス	オペレーターが利用者または家族からの連絡を受け、利用者の心身状況や対応履歴等の状況を参照しながら、会話を通じて利用者の状況を把握し、随時訪問サービスの必要性を判断し、相談対応や必要に応じて訪問介護員（状況に応じ連携する訪問看護員）に出動を要請します。また、随時の訪問の必要性が同一時間帯に頻回に生じる場合には、利用者の心身の状況を適切に把握し、定期巡回サービスに組み替える等の対応を行います。	介護報酬の告示上の額 (ただし、法定代理受領の場合は介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。法定代理受領でない場合は、指定居宅サービス基準額相当額です。)
定期巡回サービス	居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、定期的に居宅を巡回訪問し、入浴、排せつ介助、食事等、体位交換、移動・移乗解除、内服介助、その他必要な介護サービスを提供します。	
随時訪問サービス	随時対応サービスにおける訪問の必要性の判断により、利用者の居宅を訪問し訪問介護サービスを提供します。概ね30分以内には駆けつけられる体制の確保には努めますが、時に複数の利用者の随時訪問の必要性が生じた場合などは、適切なアセスメントの結果に基づき緊急性の高い利用者を優先して訪問することがあります。	

(2) 介護保険給付外サービス

種 類	内 容	利用料
通常の事業実施地域以外でのサービス	当事業所の事業実施区域外の方で定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを希望される場合の交通費。	<ul style="list-style-type: none"> 片道 5km 未満 1 回 300 円 片道 5km 以上 1 回 500 円
その他サービス	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の中で提供されるサービスのうち、日常生活においても通常必要となるものにかかる費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用。	<ul style="list-style-type: none"> ・実費

9 苦情等申立先

まどかの郷 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所	相談窓口 責任者（藤本 綾） 相談受付時間 月～土曜日 午前9時～午後6時 電話 0564-63-1626 FAX 0564-63-1633 E-mail:madoka@wakyokai.or.jp
幸田町 福祉課 介護保険グループ	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-63-5117
愛知県国民健康保険団体 連合会 介護保険課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 052-971-4165（カガナイ ヨイウゴ）

10 秘密保持の厳守

<p>訪問介護員等は、業務上知り得た利用者または利用者の家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。 （就業規則に明記し、従業員との契約書または誓約書に署名を求めます。）</p>
<p>訪問介護員等が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように必要な措置を講じます。 （退職事務手続きに明記します。）</p>
<p>利用者またはその家族から、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者またはその家族の個人情報を用いません。</p>

11 事故・緊急時の対応

介護サービスの提供中に利用者に急変が生じた場合、その他必要な場合には、速やかに主治医または協力医療機関と連絡をとるとともに、緊急連絡先に連絡し、救急治療あるいは救急入院等必要な措置が受けられるようにします

12 サービス利用料金

連携型定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの基本単位（月額単位）

	介護のみ利用の場合	看護を利用する場合
要介護1	5,446 単位	訪問看護事業所に 2,961 単位
要介護2	9,720 単位	
要介護3	16,140 単位	
要介護4	20,417 単位	
要介護5	24,692 単位	同様に 3,761 単位

- (1) 月途中からの利用開始や、月途中での利用中止の場合、下記に示す日割り単価を登録日数に乗じて利用料を算定します。
- (2) 短期入所系サービスを利用した場合には、日割りにするものとし、通所系サービスを利用された場合は要介護度により定められた額を減額します。

	通所利用時の 1日当たりの減額	短期入所利用時の 日割り単価
要介護1	▲62 単位	187 単位
要介護2	▲111 単位	334 単位
要介護3	▲184 単位	555 単位
要介護4	▲233 単位	703 単位
要介護5	▲281 単位	850 単位

(注※)キャンセル料：前日までにキャンセルのお知らせを頂いた場合は無料。

(注※)キャンセル料：当日又は連絡ない場合は1回につきキャンセル料1000円を徴収させていただきます。

初回加算

新規に利用を開始した日から起算して 30 日以内の期間並びに 30 日を超える病院又は診療所への入院の後に再び利用を開始した場合 30 単位/日

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

総合マネジメント体制強化加算

利用者の心身の状況又はその家族等を取巻く環境の変化に応じ、随時、多職種が共同し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の見直しを行い、更には地域の関係施設に対し、まどかの郷事業所が提供することのできる指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の具体的な内容に関する情報提供を行った場合

(Ⅰ) 1200 単位/月 (Ⅱ) 800 単位/月

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

生活機能向上連携加算(Ⅰ)(Ⅱ)

医師、理学療法士等から助言を受けた上で、計画作成担当者が生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成等し、当該計画に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合

生活機能向上連携加算(Ⅰ) 100 単位 (初回のサービスが行われた日に属する月)

計画作成担当者とリハビリ専門職等がそれぞれ利用者宅を訪問した上で共同カンファレンスを実施し、かつ生活機能の向上を目的とした定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成し、リハビリ専門職等と連携し当該計画に基づき定期巡回・随時対応型訪問介護看護を行った場合 生活機能向上連携加算(Ⅱ) 200 単位 (初回のサービスが行われた日に属する月以降3月の間)

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

認知症専門ケア加算

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上

認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合1名以上配置した場合 認知症専門ケア加算(Ⅰ) 90 単位/月

認知症ケア加算(Ⅰ)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業全体の認知症ケアの指導等を行い、介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成した場合 認知症専門ケア加算(Ⅱ) 120 単位/月

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

サービス提供体制強化加算

訪問介護員等の総数に占める介護福祉士の割合が 100 分の 60 以上又は勤続 10 年以上の介護福祉士の割合が 100 分の 25 以上 サービス提供体制加算 (I) 750 単位/月

訪問介護員等の総数に占める介護福祉士の割合が 100 分の 40 以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の割合が 100 分の 60 以上 サービス提供体制加算 (II) 640 単位/月

訪問介護員等の総数に占める介護福祉士の割合が 100 分の 30 以上又は介護福祉士、実務者研修修了者及び介護職員基礎研修課程修了者の割合が 100 分の 50 以上

訪問介護員等の総数に占める常勤職員の割合が 100 分の 60 以上

訪問介護員等の総数に占める勤続年数 7 年以上の者の割合が 100 分の 30 以上 サービス提供体制加算 (III) 350 単位/月

上記 (I)、(II)、(III) の加算は該当していればいずれか 1 項目の加算がつきます。

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

介護職員等処遇改善加算

所定単位数は基本サービス費に各種加算、減算を加えた総単位数とする。

当該加算は総単位数に所定の加算率を乗じた単位数。

加算率 I の場合 24.5% II の場合 22.4% III の場合 18.2% IV の場合 14.5%

介護報酬の告示上の単位に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額です。

地域区分 (7 級地)

1 単位 10,210 円として計算されます。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名：_____氏名_____）から上記重要な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 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____