

# 「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」

## 重要事項説明書

事業所名	福寿会南部定期巡回センター
住 所	南砺市福光1045番地
電話番号	0763-53-1132

社会福祉法人福寿会

令和元年10月作成

## 福寿会南部定期巡回センター重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### 1. 事業の基本方針

当事業所は、居宅要介護者（介護保険法（平成9年法律第123号）第8条第2項に規定する居宅要介護者をいう。以下同じ。）に対し、利用者の尊厳を保持し、住み慣れた自宅で生活が送れるよう指定訪問看護事業所と連携し、24時間体制でサービスを提供します。

### 2. 事業者の概要

事業者名称	福寿会南部定期巡回センター
主たる事業所の所在地	南砺市福光1045番地
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 田中 幹夫
管理者	中島 睦代
電話番号	(0763) 53-1132

介護保険法令に基づき砺波地方介護保険組合から指定を受けている事業所名称（指定番号）	福寿会南部定期巡回センター ( 1691000218 )
サービスの種類	定期巡回・随時対応型訪問介護看護

### 3. サービス実施地域

南砺市福光・城端地域

南砺市の当事業所より概ね20分程度の移動時間内とします。

### 4. 営業日及び営業時間

(1) 営業日 365日

(2) 営業時間 24時間

## 5. 当事業所の職員体制

職種		常勤	非常勤	計
管理者		1 (兼)		1 (兼)
計画作成責任者		1 (兼)		1 (兼)
オペレーター	介護福祉士	6 (兼)		6 (兼)
	看護師	1 (兼)		1 (兼)
訪問介護員	介護福祉士	6 (兼)	3 (兼)	9 (兼)
	介護職員初任者研修修了者		1 (兼)	1 (兼)

<管理者>

- ・事業所の職員等及び業務の一元管理

<計画作成責任者>

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成及び交付
- ・サービス提供日時の決定、サービスの利用の申込みに係る調整とサービス内容の管理

<オペレーター>

- ・利用者、家族からの通報を随時受け付け、適切に対応
- ・利用者又はその家族に対して、適切な相談及び助言

<サービス従業者（訪問介護員）>

- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に沿った定期的な巡回
- ・オペレーターからの要請を受けての随時利用者宅の訪問

## 6. 当事業所が提供するサービス

事業所は、介護保険法令に定める下記のサービスを提供するものとします。

<定期巡回サービス>

居宅サービス計画に基づき、計画作成責任者が作成した訪問計画にしたがって定期的に居宅を巡回訪問し、サービスを提供します。また、他の指定訪問介護事業所に委託してサービスの一部を提供することがあります。

<随時対応サービス>

利用開始にあたり、利用者の居宅にテレビ電話（ケアコール端末）及びその付属品を設置します。オペレーターが利用者または家族からのコールを受け、利用者の心身状況や対応履歴等の情報を参照しながら、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、必要に応じて訪問介護員に出動を要請します。なお、通報の内容によっては、必要性に応じ看護師に助言を得る等、利用者の生活に支障がないように努めます。

ただし、午後6時から午前8時までの間に行われる随時対応サービスのオペレーターについては、社会福祉法人福寿会が設置開設する他の定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業所と綿密な連携を図り集約化することによって、一体的に利用者又はその家族からのコールを受けることができるものとします。

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。

### <随時訪問サービス>

随時対応サービスにおける訪問の判断により、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には、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。

### <訪問看護との連携>

定期巡回・随時対応型訪問介護看護業務の一部を、連携先の訪問看護事業所と連携し、以下の業務内容を委託しています。

- (1) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画書作成におけるアセスメント及びモニタリングの実施
- (2) 随時対応サービス対象者のサービス提供における連絡体制の確保
- (3) その他必要な指導及び助言

## 7. ケアコール端末について

- (1) ケアコール端末機は事業所から貸し出します。通信にかかる通信料（電話代）は、利用者の負担となります。また、コール機のメンテナンスの為、毎月定期診断通報を行います。こちらの通信料も利用者負担となりますので、あらかじめご了承ください。
- (2) ケアコール端末機の故障・紛失・水没等については、利用者の故意又は過失に起因するものに関しては利用者負担となります。それ以外の故障や電池の交換については、事業者の負担となります。

## 8. 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（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	5,680単位	訪問看護事業所に 2,935単位を支払い
要介護2	10,138単位	
要介護3	16,833単位	
要介護4	21,293単位	
要介護5	25,752単位	同様に3,735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、日割り日額を乗じた利用料となります。
- (2) 月の途中で入院された場合は、入院の期間に関わらず月額単位となります。ただし、2ヶ月以上の入院となる場合は、退院月が日割単価になります。
- (3) 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算、短期入所系サービス利用時については、日割りにするものとします。

	通所利用時の1日あたりの減算	短期入所利用時の日割単価
要介護1	▲62単位	186単位
要介護2	▲111単位	332単位
要介護3	▲184単位	552単位

要介護4	▲233単位	698単位
要介護5	▲281単位	844単位

(4) 介護保険給付の区分支給限度基準額を超える場合は、その限度を超えた額が全額自己負担となります。

(5) 利用者は、負担割合に応じてサービス料金を支払うものとします。

(6) 利用料金の加算については、以下の通りです。

**【初期加算】**

当事業所より利用者が新規にサービス提供を受ける時は、利用を開始した日から起算して30日以内の期間については、1日につき30単位を加算するものとします。

**【生活機能向上連携加算（Ⅰ）】**

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言を受けた上で、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした計画を作成することで、初回実施された日の属する月以降3月の間、1月につき100単位を加算するものとします。

**【生活機能向上連携加算（Ⅱ）】**

訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションの理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し、身体状況等の評価を共同で行い、計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした計画を作成し実施した場合、初回実施された日の属する月以降3月の間、1月につき200単位を加算するものとします。

**【総合マネジメント体制強化加算（区分支給限度基準額の算定外）】**

在宅での生活を無理なく継続できるよう、連携体制の整備に係る加算として、1月につき1,000単位を加算するものとします。

**【サービス提供体制強化加算（Ⅰ）イ（区分支給限度基準額の算定外）】**

事業所従業者が、研修等を実施し、かつ、介護福祉士が40%以上配置されサービスの質の向上を図ることで、1月につき640単位を加算するものとします。

**【介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（区分支給限度基準額の算定外）】**

介護職員の処遇を改善する目的として、介護保険法令で定められた介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を加算するものとします。区分支給基準額の算定外とは、基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数（以下、総単位数）に13.7%を乗じた単位数を加算するものです。

**【介護職員特定処遇改善加算（Ⅰ）（区分支給限度基準額の算定外）】**

技能・経験のある介護職員の処遇改善や職場定着を目的として、総単位数に6.3%を乗じた単位数を加算するものです。

**【通常実施地域を超えてサービスを提供する場合の加算（区分支給限度基準額の算定外）】**

運営規程に示された地域以外にサービスを提供する場合は、所定単位数の5%を加算するものとします。

## 9. サービス利用料金のお支払い方法

サービスに関する利用料金は、原則として翌月27日（金融機関が休日の場合はその翌日）に利用者の口座から自動引き落としを行います。

## 10. サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービス提供にあたり、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供することをあらかじめご了承ください。
- (2) 定期巡回サービスの訪問予定時間は、交通事情、緊急を要する随時訪問の事情等により前後する場合がありますので、あらかじめご了承ください。
- (3) 契約者は「6. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務をサービス従事者に依頼することはできません。
- (4) 次のようなサービスは、公的介護保険適用サービスとして定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することはできませんのであらかじめご了承下さい。
  - ①「本人の援助」に該当しないもの
  - ②指定訪問介護、指定夜間対応型訪問介護を併せて受けること
  - ③医療行為となること
- (5) 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。
  - ①サービス従事者は、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、あらかじめご了承ください。
  - ②現金や貴重品は、室内に放置せず、目に見えない場所や金庫等に保管してください。
  - ③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。
  - ④利用者の居宅においてサービスを実施するために必要な電気、水道又はガス等の使用を、サービス従業者に無償で許可するものとします。

## 11. 合鍵の管理方法について

- (1) 防犯上又は利用者の不意な事故を防ぐ為、合鍵の準備をお願いする場合があります。スペアキーの作成の必要がある場合は、作成費用は利用者負担となります。
- (2) 合鍵の保管場所は、ご家族と相談の上自宅にキーボックス等の設置をお願いします。
- (3) 自宅での管理が難しい場合は、事務所のキーボックスに保管します。その際は、合鍵の預かりの同意を、鍵預書にて行います。
- (4) 合鍵の紛失、盗難等の事故が起きた場合は、すみやかに対処し、ご通知いたします。
- (5) サービス終了時や返却のご要望があった場合は、すみやかに返却いたします。

## 12. 緊急時の対応方法

- (1) 事業者は、現に各サービスを提供しているときに利用者の状況に急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに家族又は、主治医等に連絡をとる等の措置を講じます。
- (2) 主治医との連絡及び指示が得られなかった場合には、あらかじめ事業所が定めた協力医療機関へ連絡するとともに、受診等の適切な処置を講じます。

## 13. 事故発生時の対応方法

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (2) 事故の状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- (3) 利用者に対する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、速やかに損害

賠償を行うものとし、ただし、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

(4) 事故が生じた原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。

#### 14. 個人情報の保護と守秘義務について

- (1) 事業者、サービス従業者又は職員等は、サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
- (2) 事業者は、利用者の医療上、緊急の必要性がある場合には医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供することがあります。
- (3) 事業所は、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の同意を予め文書により得ることとします。

#### 15. 苦情等の受付

(1) 当事業所のサービスに関する相談、要望、苦情等は下記までお申し出ください。

☆苦情受付☆ 福寿会南部定期巡回センター

TEL. 0763-53-1132

担当者：中島 睦代・片田 文代

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括ケアセンター 地域包括医療ケア部 地域包括ケア課 長寿介護係	所在地 (〒932-0293) 南砺市北川 166-1 電話番号 23-2034・FAX 82-4657 受付時間 平日 8:30~17:15
砺波地方介護保険組合	所在地 (〒939-1392) 砺波市栄町 7 番 3 号 電話番号 34-8333・FAX 34-8334 受付時間 平日 8:30~17:00
富山県国民健康保険団体連合会	所在地 (〒930-8538) 富山市下野字豆田 995 番地の 3 電話番号 076-431-9833・FAX 076-431-9834 受付時間 平日 9:00~17:00
富山県福祉サービス運営適正化委員会	所在地 (〒930-0094) 富山市安住町 5 番 21 号 電話番号 076-432-3280・FAX 076-432-6532 受付時間 平日 9:00~16:00

私は、本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。

\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

利用者 (甲)	住 所	〒		
	氏 名			㊟
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。			
	住 所	〒		
	氏 名			㊟
	本人との関係			
	電話番号	( ) -	FAX	( ) -

事業者 (乙)	当事業者は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	所 在 地	〒 9 3 9 - 1 5 1 8 富山県南砺市松原 6 7 8 番地 1		
	名 称	社会福祉法人福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫		㊟
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911