

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

重要事項説明書

ハイ・メディック株式会社

つむぎ定期巡回ステーション

定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所 重要事項説明書

1 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供する事業者について

事業者名称	ハイ・メディック株式会社
代表者氏名	代表取締役 中西 敏子
本社所在地	大阪府大阪市西区北堀江 4-15-17 電話:06-6536-8155 FAX:06-6536-8285
法人設立年月	令和2年8月

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

・ 事業所の所在地等

事業所名称	つむぎ定期巡回ステーション
介護保険指定事業所番号	2791800127
事業所所在地	大阪市西区北堀江 4-15-17 電話:06-6536-8155 FAX:06-6536-8285
事業所の通常の事業の実施地域	大阪市(西区・大正区・浪速区・中央区)

・ 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	指定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の円滑な運営管理を図るとともに、要介護状態の利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を確保することを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供にあたっては、利用者が尊厳を保持し、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定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応等の援助を行うとともにその療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すものとする。 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、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。 事業所は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的に行うとともに、随時対応サービス及び随時訪問サービスについては、利用者からの随時の通報に適切に対応し、利用者が安心してその居宅での生活を送ることができるようにするものとする。 事業所は、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、他の地域密着型サービス事業者及び居宅サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとする。 指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者等への情報の提供を行うものとする。

・ 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	24時間

・ サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	年中無休
サービス提供時間	24時間

事業所の職員体制

管理者	根津 明美
-----	-------

職	職務内容
管理者	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所の従業者・業務の管理を一元的に行います。 ・法令等において規定されている指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施に関し、従業者に対し遵守すべき事項において指揮命令を行います。
計画作成責任者	<ol style="list-style-type: none"> 1 適切なサービスが提供されるよう介護計画を作成します。 2 利用の申込みに係る調整等のサービスの内容の管理を行います。
オペレーター	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者又はその家族等からの通報に対応します。 2 計画作成責任者及び定期巡回サービスを行う訪問介護員と密接に連携し、利用者の心身の状況等の把握に努めます。 3 利用者又はその家族に対し、相談及び助言を行います。 4 事業所に対する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の利用の申込みに係る調整を行います。 5 訪問介護員等に対する技術的指導等のサービスの内容の確認を行います。
定期巡回サービスを行う訪問介護員等	定期的な巡回により、排せつの介護、日常生活上の世話等の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行います。
随時訪問サービスを行う訪問介護員等	利用者からの通報によりその者の居宅を訪問し、日常生活上の緊急時の対応等の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行います。

人数

職種	合計	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	備考
管理者	名	—	名	—	—	
計画作成責任者	名	—	名	—	—	
オペレータ	名	名	名	名	名	
訪問介護員	名	—	名	名	名	
うち随時訪問	名	—	—	名	—	
訪問看護師	—	—	—	—	—	
事務職員	—	—	—	—	—	

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、定期巡回サービス及び随時訪問サービスの目標、当該目標を達成するための具体的な定期巡回サービス及び随時訪問サービスの内容等を記載した定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成します。 ・利用者に応じて作成した計画について、利用者及びその家族に対して、その内容について説明し同意を得ます。 ・計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付します。 ・作成に当たっては、利用者の状態に応じた多様なサービスの提供に努め、さらに作成後は実施状況の把握を行い、必要に応じて定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の変更を行います。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容	<ol style="list-style-type: none"> 1 利用者又はその家族に対する相談、助言等を行います。 2 利用者からの随時の連絡に対する受付、相談等を行います。 3 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づき、排せつ介助、体位交換、移動・移乗介助、その他の必要な介護を行います。 4 利用者からの随時の連絡に対応した排せつ介助、体位交換、移動・移乗介助、その他の必要な介護を行います。 5 主治医の指示による、療養上の世話又は必要な診療の補助等を行います。

(2) 訪問介護員の禁止行為

訪問介護員は、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ・ 医療行為
- ・ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ・ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ・ 利用者の同居家族に対する訪問サービスの提供
- ・ 利用者の日常生活の範囲を超えた訪問サービス提供（大掃除、庭掃除など）
- ・ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ・ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ・ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 介護保険給付サービス利用料金（連携型）

介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	5,446	60,559円	6,056円	12,112円	18,168円
要介護2	9,720	108,086円	10,809円	21,618円	32,426円
要介護3	16,140	179,476円	17,948円	35,896円	53,843円
要介護4	20,417	227,037円	22,704円	45,408円	68,112円
要介護5	24,692	274,575円	27,458円	54,915円	82,373円

利用料には、地域区分（2級地 11.12円）を反映しています。

- ・ 利用料の額は、介護報酬告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、その1割から3割の支払いを受けるものとします。
- ・ 1か月ごとの包括費用（月限定）です。

（日割り日額）

介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	179	1,990円	199円	398円	597円
要介護2	320	3,558円	356円	712円	1,068円
要介護3	531	5,904円	591円	1,181円	1,772円
要介護4	672	7,472円	748円	1,495円	2,242円
要介護5	812	9,029円	903円	1,806円	2,709円

- ・ 月途中からの利用開始や、月途中での利用中止、短期入所退所の場合、日割り日額を乗じた利用料となります。

<<通所サービス利用時の調整（1日につき）>>

定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（連携型）

介護度	基本単位	利用料	利用者負担額		
			1割負担	2割負担	3割負担
要介護1	-62	-689円	-68円	-137円	-206円
要介護2	-111	-1,234円	-123円	-246円	-370円
要介護3	-184	-2,046円	-204円	-409円	-613円
要介護4	-233	-2,590円	-259円	-518円	-777円
要介護5	-281	-3,124円	-312円	-624円	-937円

- ・ 通所介護、通所リハビリテーション若しくは認知症対応型通所介護を利用している利用者は、所定単位数から、当該月の通所系サービスの利用日数に以下の単位数を乗じて得た単位数を減じたものを、当該月の所定単位数とします。

(4)加算料金（以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。）

《定期巡回・随時対応型訪問介護看護》

加算	基本単位	利用料	利用者負担額			算定要件・回数等	
			1割負担	2割負担	3割負担		
要介護度による区分なし	初期加算	30	333円	33円	66円	99円	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算定します。また、30日を越える入院の後に利用を再開した場合も算定する加算料金です。
	総合マネジメント体制強化加算（Ⅱ）	800	8,896円	890円	1,780円	2669円	利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、計画作成責任者、看護師、准看護師、介護職員その他の関係者が共同し、定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の見直しを行い、かつ地域の病院、診療所、介護老人保健施設その他の関係施設に対し、当該事業所が提供するサービスの具体的な内容に関する情報提供を行っている場合に算定する1月あたりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。
	サービス提供体制強化加算	(Ⅰ) 750 (Ⅱ) 640 (Ⅲ) 350	(Ⅰ) 8,340円 (Ⅱ) 7,116円 (Ⅲ) 3,892円	(Ⅰ) 834円 (Ⅱ) 712円 (Ⅲ) 390円	(Ⅰ) 1,668円 (Ⅱ) 1,424円 (Ⅲ) 779円	(Ⅰ) 2,502円 (Ⅱ) 2,135円 (Ⅲ) 1,168円	当該加算の体制・人材要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。
	介護職員等処遇改善加算 ※2024年6月から算定	所定単位数の (Ⅰ) 24.5% (Ⅱ) 22.4% (Ⅲ) 18.2% (Ⅳ) 14.5%	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。
	介護職員処遇改善加算 ※2024年5月まで算定	所定単位数の (Ⅰ) 13.7% (Ⅱ) 10.0% (Ⅲ) 5.5%	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。
	介護職員等特定処遇改善加算 ※2024年5月まで算定	所定単位数の (Ⅰ) 6.3% (Ⅱ) 4.2%	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。
	介護職員等ベースアップ等支援加算 ※2024年5月まで算定	所定単位数の 2.4%	左記の単位数×地域区分	左記の1割	左記の2割	左記の3割	当該加算の算定要件を満たす場合の1月当たりの加算料金です。※当該加算は、区分支給限度額の算定対象から除かれます。

・（利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、提供した指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に地域密着型介護サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

(5) その他の費用について

以下の金額は利用料の全額が利用者の負担になります。

サービス提供に当たり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。
---------------------------------------	----------------

4 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<ul style="list-style-type: none"> ・利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求します。 ・上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日ごろに利用者あてにお届けします。
利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の25日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 <ul style="list-style-type: none"> (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い ・支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管してください。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から1ヶ月以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

※その他の費用について、交通費等の利用料等の支払いを受けたときは、利用者又はその家族に対し、利用料とその他の利用料（個別の費用ごとに区分したもの）について記載した領収書を交付します。

5 サービスの提供にあたって

- ・ サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- ・ 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- ・ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供の開始に際しては、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、当該サービスの内容及び費用に関し事前に文書で説明いたします。その内容及び支払いに同意される場合は、同意する旨の文書に署名（記名押印）いただきます。
- ・ サービス提供は「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」に基づいて行います。なお、「定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更します。
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。
- ・ 以下の事情で予定のサービス等が困難と判断した場合は、職員やご利用者の安全確保のため、訪問時間及びサービス内容の変更または中止、ご利用者宅の整備や整理をお願いする場合があります。

①悪天候は地震等の自然災害

②感染症のまん延

6 衛生管理等

- ①定期巡回・随時対応型訪問介護看護等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

7 緊急時の対応方法について

指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

【協力医療機関】	医療機関名 所在地 電話番号
【協力医療機関】	医療機関名 所在地 電話番号
【家族等緊急連絡先】	氏名 住所 電話番号 携帯電話

8 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して採った処置・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

また、利用者に対する指定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【市区町村（保険者）の窓口】 西区役所 保健福祉課	所在地 大阪市西区新町 4-5-14 電話番号 06-6532-9859 時間 9:00~17:30 (土日祝・12/28~1/3 除く)
【市区町村（保険者）の窓口】 浪速区役所 保健福祉課	所在地 大阪市浪速区敷津東 1-4-20 電話番号 06-6647-9859 時間 9:00~17:30 (土日祝・12/28~1/3 除く)
【市区町村（保険者）の窓口】 大正区役所 保健福祉課	所在地 大阪市大正区千島 2-7-95 電話番号 06-4394-9859 時間 9:00~17:30 (土日祝・12/28~1/3 除く)
【市区町村（保険者）の窓口】 中央区役所 保健福祉課	所在地 大阪府中央区久太郎町 1-2-27 電話番号 06-6267-9859 時間 9:00~17:30 (土日祝・12/28~1/3 除く)
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当介護支援専門員

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	対人・対物・管理財物賠償補償その他事業者が法律上の賠償責任を負った場合の補償

9 サービス提供に関する相談、苦情について

・ 苦情処理の体制及び手順

- ① 提供した指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- ② 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
 - ・ 苦情又は相談があった際には、状況を詳細かつ正確に把握するため、場合によっては訪問を実施するなど、慎重に聞き取りや事情確認を行う。
 - ・ 特に当事業所に関する苦情である場合には、利用者側の立場に立って事実関係の特定を行う。
 - ・ 相談担当者は速やかに、管理者やその他の従業員と共同して、利用者の意見・主張を最大限に尊重した上で適切な対応方法を検討する。
 - ・ 関係者への連絡調整を迅速かつ確実に行うとともに、必ず、利用者へ対応内容等の結果報告を行う。(時間を要する場合は一旦その旨を利用者へ伝え、進捗状況を適宜報告するなど、きめ細やかな対応を行う。)

・ 苦情申立の窓口

事業所の窓口

常設窓口	電話 : 06-6536-8155 FAX : 06-6536-8285	受付時間	月曜～金曜 9時～18時 (12月29日～1月3日を除く)
苦情受付担当者	宮嶋 初代 (計画作成責任者)	苦情解決責任者	根津 明美 (管理者)

市区町村等の窓口

受付時間 : 午前9時から午後5時30分

(ただし、土曜日・日曜日、祝日及び12月29日から1月3日は除く)

【市区町村(保険者)の窓口】 西区役所 保健福祉課	所在地 大阪市西区新町4-5-14 電話番号 06-6532-9859
市区町村(保険者)の窓口】 浪速区役所 保健福祉課	所在地 大阪市浪速区敷津東1-4-20 電話番号 06-6647-9859
市区町村(保険者)の窓口】 大正区役所 保健福祉課	所在地 大阪市大正区千島2-7-95 電話番号 06-4394-9859
市区町村(保険者)の窓口】 中央区役所 保健福祉課	所在地 大阪市中央区久太郎町1-2-27 電話番号 06-6267-9859
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 電話番号 06-6949-5418 受付時間 8:45～17:15 (土日祝・年末年始を除く)

10 身分証携行義務

訪問介護員等は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示します。

11 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>ア 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>イ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>ウ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>エ 事業者は、従業員に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
<p>個人情報の保護について</p>	<p>ア 事業者は、利用者から予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、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。</p> <p>イ 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>ウ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

12 合鍵の管理方法及び紛失した場合の対処方法について

- (1) 利用者から合鍵を預かる必要のある場合は、書面によりその取扱い方法について説明した上で、合鍵を預かることに同意する旨の文書に署名（記名押印）を得ます。
- (2) 預かった合鍵については、使用時以外は施錠された保管庫に保管します。
- (3) 合鍵を紛失した場合は、速やかに利用者へ連絡を行うとともに、警察への届出等必要な措置を行います。

13 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・ 虐待防止に関する責任者を選定しています。

<p>虐待防止に関する責任者</p>	<p>管理者 根津 明美</p>
--------------------	------------------

- ・ 成年後見制度の利用を支援します。
- ・ 苦情解決体制を整備しています。
- ・ 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。それらの研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や、知識・技術の向上に努めます。
- ・ 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ・ 従業員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業員が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

14 心身の状況の把握

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、計画作成責任者による利用者の面接によるほか、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保険医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

15 居宅介護事業者との連携

- ・ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ・ サービス提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、居宅介護支援事業者に対する情報の提供及び保険医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

16 地域との連携について

- ・ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供に当たっては、利用者、利用者の家族、地域住民の代表者、地域の医療関係者、地域包括支援センターの職員等により構成される協議会（以下、「介護・医療連携推進会議」といいます。）を設置し、概ね6月に1回以上、定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供状況等を報告し、介護・医療連携推進会議の評価を受けます。
- ・ 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業者は、①の評価、要望、助言等についての記録を作成し、当該記録を公表します。

17 サービス提供の記録

- ・ 利用者へのサービス提供にともなう記録（書類）等については指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の実施ごとに行うこととし、サービス提供の完結の日から5年間保管することとします。
- ・ 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

18 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス内容の見積もりについて

- ・ このサービス内容の見積もりは、あなたの定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 利用料、利用者負担額の目安

《指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護》

基本 利用料	介護 保険 運用 の有 無	サービス内容			利用料	利用者 負担額
		サービス 提供体制 強化加算 ()	総合 マネジメント 加算(Ⅱ) (あり)	介護職員等 処遇改善加算 () ※2024年6月～		
円		円	円	円	円	円

(2) 1月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※この見積もりの有効期限は、説明の日から1か月以内とします。

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

上記内容について、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府大阪市西区北堀江 4-15-17
	法人名	ハイ・メディック株式会社
	代表者名	代表取締役 中西 敏子 印
	所在地	大阪府大阪市西区北堀江 4-15-17
	事業所名	つむぎ定期巡回ステーション
	説明者氏名	印

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者	住所	
	氏名	印

代理人	住所	
	氏名	印