

重要事項説明書

1 事業者

- (1) 法人名 株式会社UNITEON
- (2) 法人所在地 熊本県上益城郡山都町大平 278 番地 1
- (3) 電話番号 0967-72-9525
- (4) 代表者氏名 代表取締役 高木大輔

2 事業の概要

- (1) 事業所の種類 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- (2) 事業の目的

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、事業者のオペレーター、計画作成責任者、介護福祉士又は訪問介護養成研修の修了者が要介護状態にある高齢者に対し、適正な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することを目的とする。

- (3) 事業の名称 定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーションSUMUTOCODE
- (4) 事業所の所在地 熊本県上益城郡山都町城平 340 番地 1
- (5) 事業所電話番号 0967-72-9525
- (6) 事業所の管理者名 高木 理恵
- (7) 事業所の運営方針

要介護状態になった高齢者においても、その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生活を営むことができるよう、定期的な巡回及び通報によりその居宅を訪問し、排泄の介護、日常生活上の緊急時の対応、その他全日において安心して在宅生活を送ることができるようにする。

- (8) 開設年月日 2025年3月31日

- (9) 事業所の職員体制

管理者	1 名	(介護従事者及び業務の管理)
オペレーター	3 名	(利用者の緊急通報機による相談対応)
訪問介護員	3 名	(入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助)
計画作成責任者	1 名	(定期巡回随時対応型介護看護計画を作成)

- (10) サービスの提供時間

営業日 365日

営業時間 24時間

3 サービス内容

(1) 定期巡回サービス

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画（以下「介護計画」という）に基づき、訪問介護員が、定期的に利用者宅を巡回して行う日常生活上の援助を行うサービスです。

(2) 随時対応サービス

随時、利用者又はその家族等からの通報を受け、通報内容等を基に相談援助を行う。
又は訪問介護員の訪問若しくは看護師による対応の要否等を判断するサービスです。

(3) 随時訪問サービス

随時対応サービスにおける訪問の要否等の判断に基づき、訪問介護員が利用者の居宅を訪問して行う日常生活上の援助を行うサービスです。

(4) 訪問看護サービス

当事業所と連携する訪問看護事業所に属する看護職員が、主治医の指示により利用者の居宅を訪問し、療養上の世話又は必要な診療の補助等の指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を行うサービスです。

4 利用料金

(1) 基本料金

介護保険給付対象サービスの利用料は1ヶ月単位の包括費用（定額）です。
但し、月の途中から利用又は中止される場合は、日割り計算となります。

介護度	単位数 (訪問看護なし)	単位数 (訪問看護あり)
要介護1	5,446 単位	7,946 単位
要介護2	9,720 単位	12,413 単位
要介護3	16,140 単位	18,948 単位
要介護4	20,417 単位	23,358 単位
要介護5	24,692 単位	28,298 単位

【減算・日割】

通所系サービス（通所介護、通所リハビリテーション、認知症対応型通所介護）を利用した場合、1日当たり次に掲げる単位を乗じて得た単位数を所定単位から減算します。

介護度	単位数 (訪問看護なし)	単位数 (訪問看護あり)
要介護1	▲62 単位	▲91 単位
要介護2	▲111 単位	▲141 単位
要介護3	▲184 単位	▲216 単位
要介護4	▲233 単位	▲266 単位
要介護5	▲281 単位	▲322 単位

【加算】

下記加算の要件を満たす場合に、ご利用者の状況で各加算があります。

□中山間地域等における居住する者へのサービス提供加算

月 1 回	所定単位数の 5%
-------	-----------

□中山間地域等における小規模事業所加算 (7 月～)

月 1 回	所定単位数の 10%
-------	------------

□緊急時訪問看護加算

事前のご利用者様、ご家族様から、24 時間電話などによる相談や緊急の訪問看護のご希望があり、ご契約を頂いた場合にご負担頂きます。

月 1 回	315 単位
-------	--------

□特別管理加算

特別な管理を必要とすることご利用者様（別表 1 参照）に訪問看護を行う事でご負担頂きます。

月 1 回	I	☐ 500 単位
	II	☐ 250 単位

（別表 1）

特別管理加算 I

- ・在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態
- ・在宅気管切開患者指導を受けている状態
- ・気管カニューレを使用している状態
- ・留置カテーテルを利用している状態

特別管理加算 II

- ・在宅自己腹膜灌流指導管理
- ・在宅中心動脈栄養法指導管理
- ・在宅自己導尿指導管理
- ・在宅自己疼痛管理指導管理
- ・人工肛門または人工膀胱を設置している状態
- ・点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態
- ・在宅血液透析指導管理
- ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
- ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
- ・在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ・在宅酸素療法指導管理
- ・真皮を超える褥瘡の状態

□初期加算

はじめて定期巡回・随時対応型訪問介護看護を利用することから加算される単位となっています。

1 日につき（サービス開始から 30 日間算定）	30 単位
--------------------------	-------

□退院時共同指導加算

ご利用者様が入院中に、入院している医療機関の主治医と訪問看護師が共同で退院後の在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書でご利用者様にお渡ししたときに、ご負担頂きます。

退院後初回訪問時に 1 回につき	600 単位
------------------	--------

□総合マネジメント体制強化加算 I (9 月頃～)

月 1 回	1200 単位
-------	---------

□ターミナルケア加算

訪問看護師が主治医と連携のもと、在宅での終末期においての支援体制をご案内したうえで 看護を提供した場合にご負担いただきます。

死亡月に 1 回	2000 単位
----------	---------

※特別管理加算、緊急時訪問看護加算及びターミナルケア加算に関しては区分支給基準額の 算定対象外とします。

(2) ケアコール端末設置料

無料

(3) キャンセル料

包括報酬のためキャンセル料はいただきませんが派遣の都合がありますので、キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。(連絡先 電話 0967-72-9525)

(4) 料金のお支払い方法

利用料金は、毎月 20 日までに前月分の請求書をお届けします。

お支払い方法は、原則として口座振替でお願いします。それ以外のお支払い方法をご希望の方はご相談下さい。お支払い確認後、領収書を発行します。

(5) その他

利用者の住居で、サービスを提供するために必要な水道、ガス、電気等の費用及び通報における通話料金は利用者様負担となります。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

居宅サービス計画の作成を依頼している介護支援専門員（ケアマネージャー）とご相談の上、お申込み下さい。利用申込書によりサービス提供の依頼を受けた後、担当職員が訪問して契約及びケアコール端末の設置を行います。端末設置後、介護計画を作成してサービスの提供を開始いたします。

(2) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

その場合は、終了 1 ヶ月前までに文書を通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

- ・ 利用者が介護保険施設等に入所した場合
- ・ 利用者の介護認定区分が、自立又は要支援と認定された場合

- ・ 利用者が亡くなられた場合及び被保険者資格を喪失した場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、又は利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で解約を通知することにより、すぐにサービスを終了することができます。
- ・ 利用者がサービス利用料金の支払を正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、料金を催告したにもかかわらず14日以内に支払わない場合、又は利用者やご家族の方などが当事業所や当事業所のサービス従業員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、当事業所は文書で通知することにより、ただちに契約を解約することができます。

(3) 鍵の保管について

利用者宅の鍵の保管については、利用者宅に取り付ける専用のキーボックスにて保管するか、又は事業所にて預かるものとします。なお、事業所にて預かる場合は、鍵の番号等を記載した預かり書を発行し、責任をもって保管します。万が一紛失・破損等した場合にはすみやかに鍵の取替え等、必要な対処を講じるものとします。

(4) 個人情報の取り扱いについて

個人情報の取り扱いについて、個人情報保護法「医療・介護事業所における情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」（厚生労働省）を遵守し、適切に行います。

6 苦情の受付について

【事業者の窓口】	定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーション SUMUTOCODE 担当者 管理者 高木 理恵 所在地 熊本県上益城郡山都町城平340番地1 電話番号 0967-72-9525
【市町村（保険者）の窓口】	山都町福祉課 所在地 上益城郡山都町浜町6番地 電話番号 0967-72-1677
【公的団体の窓口】	熊本県国民健康保険団体連合会 所在地 熊本県熊本市東区健軍1丁目18 電話番号 096-214-1101

7 事故発生時

訪問介護の実施中に事故が発生した場合は、速やかに当該利用者の家族に連絡をするとともに、管理者に報告し、必要な措置を講じます。

8 災害発生時の対応

災害発生時は、関係機関からの情報や被害状況を把握し安全を確認した上で、業務を行います。ただし、その災害の規模や被害状況により、通常の業務を行わない場合があります。また、気象庁からの地震情報、災害情報及び予知情報等の発令の段階で、地域内での活動が危険と判断した場合は、業務を行わない場合があります。災害の状況によっては、訪問先から職員を避難させることがあります。

9 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化などの緊急事態が生じた時は、速やかに主治医、家族等および担当ケアマネジャー・連携訪問看護ステーション等に連絡するなどの措置を講ずるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は緊急搬送等の必要な措置を講じます。

主治医	医療機関	
	主治医名	
	電話	
ご家族	氏名	
	電話番号	

10 禁止事項

利用者、家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアを提供できるよう、利用者及び家族による以下の迷惑行為は固くお断りします。これらの迷惑行為があった場合、警察、弁護士、行為者に関わる方等へ連絡、通報または対応を依頼することがあります。以下の迷惑行為により、利用者及び家族との健全な信頼関係を築くことが出来ないと当法人が判断した場合は、サービス中止や契約解除をいたします。

- (1) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) カスタマーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
- (3) 職員の写真や動画の撮影、録音等の行為。また無断で SNS 等に掲載する行為
- (4) その他、職員の安心、安全に重大な影響を及ぼす行為

定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

〈事業者〉 株式会社UNIT EON

〈所在地〉 熊本県上益城郡山都町大平 278 番地 1

〈事業所〉 定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーションSUMUTOCODE

〈事業所の所在地〉 熊本県上益城郡山都町城平 340 番地 1

〈説明者〉 管理者 高木 理恵 (印)

私は、契約書及び本書面により、事業者から定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスについて、重要事項の説明を受け同意しました。

(利用者) 住所 熊本県上益城郡山都町
氏名

(代理人) 住所
氏名 続柄 印

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供することに同意します。

		令和 年 月 日
事 業 者	住 所	熊本県上益城郡山都町大平 2 7 8 番地 1
	氏 名	株式会社 UNITEON 代表取締役 高木 大輔
利用者 (利用者家族)	住 所	熊本県上益城郡山都町
	氏名	印
	代理人住所	
	代理人兼家族代表	(続柄) 印
使用する目的	・ 介護保険サービスを円滑に提供するために実施される。 ・ サービス担当者会議に必要となる場合。 ・ 介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。 ・ サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。 ・ 利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。 ・ 利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。 ・ 介護保険事務に関する情報提供の場合。	
利 用 期 間	サービス提供契約期間に準ずる。	
利 用 条 件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかわる目的以外に利用しません。また、契約期間外においても第三者に漏らしません。	

緊急時訪問看護同意書

熊本県上益城郡山都町城平 340 番地 1
定期巡回・随時対応型訪問介護看護ステーション SUMUTOCODE 殿

私は、担当者より重要事項説明書で緊急時の対応方法についての説明を受け、このサービスを利用することに同意いたします。

利用者	住所	熊本県上益城郡山都町
	氏名	印
署名代行者	住所	
	氏名	(続柄) 印
代理人	住所	
	氏名	(続柄) 印

令和 年 月 日