モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 　（夜間対応型訪問介護）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定夜間対応型訪問介護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年大阪市条例第27号）」の規定に基づき、指定夜間対応型訪問介護サービス提供の契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

１　指定夜間対応型訪問介護サービスを提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人種別及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地（連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

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

1. 事業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | 大阪府大阪市○○町○丁目○番○号 |
| 事業所の通常の事業の実施地域 | （運営規程記載の市町村名を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | 365日 |
| サービス提供時間 | 24時間 |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 1. 事業所の従業者・業務の管理を一元的に行います。
2. 法令等において規定されている指定夜間対応型訪問介護の実施に関し、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。
 | 常　勤　１名○○○と兼務 |
| オペレーションセンター従業者 | 1　利用者又はその家族等からの通報に対応します。2　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。3　指定夜間対応型訪問介護の利用の申込みに係る調整等を行います。4　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。5　利用者の面接及び利用者の居宅への訪問を行い、利用者の心身の状況等の把握に努めます。 | 常　勤　○名非常勤　○名内、○名○○○と兼務 |
| 定期巡回サービスを行う訪問介護員等 | 夜間対応型訪問介護計画に基づき、利用者が安心してその居宅において生活を送ることができるように、必要な援助を行います。 | 常　勤　○名非常勤　○名 |
| 随時訪問サービスを行う訪問介護員等 | 夜間対応型訪問介護に基づき、利用者からの連絡に迅速に対応し、必要な援助を行います。 | 常　勤　○名非常勤　○名 |

（メモ）・〇名以上の表記も可能。

　　　・兼務の場合は「〇〇と兼務」と記載してください。

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 |
| 夜間対応型訪問介護計画の作成 | 1. 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夜間対応型訪問介護計画を作成します。
2. 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。
3. 計画を作成した際には、当該計画を利用者に交付します。
4. 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、必要に応じて夜間対応型訪問介護計画の変更を行います。
 |
| 夜間対応型訪問介護の内容 | 1　利用者の面接及び１月ないし３月に１回程度の利用者の居宅へ訪問を行い、随時利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努めます。2　利用者又はその家族に対する相談、助言等を行います。3　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。4　利用者からの連絡内容や利用者の心身の状況を勘案し、必要があると認めるときは、利用者が利用する訪問看護ステーションへの連絡を行います。5　指定夜間対応型訪問介護の提供に当たり利用者から合鍵を預かる場合には、その管理を厳重に行うとともに、管理方法、紛失した場合の対処方法その他必要な事項を記載した文書を利用者に交付します。 |

 （メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できるだけ具体的に記述するようにしてください。

1. 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。

1. 医療行為
2. 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
3. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
4. 利用者の同居家族に対する訪問サービスの提供
5. 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）
6. 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
7. 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）
8. 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
9. 介護保険給付サービス利用料金

　（メモ）利用者の負担額について、ここでは例として１割の額を記載していますが、利用負担割合が２割又は３割の利用者に説明する場合は、２割又は３割の額を記載したものを用いて説明を行ってください。

≪夜間対応型訪問介護≫

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 　　　　サービス提供時間事業所区分・要介護度 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)基本夜間対応型訪問介護 | **989/月** | **10,997円** | **1,100円** |
| 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)定期巡回サービス | **372/回** | **4,136円** | **414円** |
| 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)随時訪問サービス(Ⅰ) | **567/回** | **6,305円** | **631円** |
| 夜間対応型訪問介護費(Ⅰ)随時訪問サービス(Ⅱ) | **764/回** | **8,495円** | **850円** |
| 夜間対応型訪問介護費(Ⅱ) | **2,702/月** | **30,046円** | **3,005円** |

* + （夜間対応型訪問介護費Ⅰを算定する場合）月途中からの利用開始や、月途中での利用中止の場合には、基本夜間対応型訪問介護費に係る所定単位数を日割り計算して得た単位数を算定します。

（夜間対応型訪問介護費Ⅱを算定する場合）月途中からの利用開始や、月途中での利用中止の場合には、所定単位数を日割りして計算して得た単位数を算定します。

* + 随時訪問サービスⅡについて、以下のいずれかに該当する場合であって、１人の利用者に対して２人の訪問介護員等により随時訪問サービスを行った場合に算定します。

ア　利用者の身体的理由により１人の訪問介護員等による介護が困難と認められる場合

イ　暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

ウ　長期間にわたり定期巡回サービス又は随時訪問サービスを提供していない利用者か　らの通報を受けて、随時訪問サービスを行う場合

エ　その他利用者の状況等から判断して、アからウまでのいずれかに準ずると認められる場合

安全確保のため２人の訪問介護員等によるサービス提供を行った場合は、利用者側の希望により利用者や家族の同意を得て行った場合を除いて算定しません。

* + 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となり、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記金額の85/100となります。
	+ 利用者が短期入所生活介護、短期入所療養介護、特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、認知症対応型共同生活介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、複合型サービスを受けている間は、夜間対応型訪問介護費を算定しません。
1. 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。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 加算 | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 | 算定回数等 |
| 24時間通報対応加算 | **610** | **6,783円** | **678円** | １月につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | **３** | **33円** | **4円** | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | **４** | **44円** | **5円** | 1日につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅰ) | **90** | **1,000円** | **100円** | １月につき |
| 認知症専門ケア加算(Ⅱ) | **120** | **1,334円** | **134円** | １月につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | **22** | **244円** | **25円** | １日につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | **18** | **200円** | **20円** |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | **6** | **66円** | **7円** |
| サービス提供体制強化加算(Ⅰ) | **154** | **1,712円** | **172円** | １月につき |
| サービス提供体制強化加算(Ⅱ) | **126** | **1,401円** | **141円** |
| サービス提供体制強化加算(Ⅲ) | **42** | **467円** | **47円** |
| 介護職員等処遇改善加算 | （Ⅰ）所定単位数の245/1000（Ⅱ）所定単位数の224/1000（Ⅲ）所定単位数の182/1000（Ⅳ）所定単位数の145/1000（Ⅴ1）所定単位数の221/1000（Ⅴ2）所定単位数の208/1000（Ⅴ3）所定単位数の200/1000（Ⅴ4）所定単位数の187/1000（Ⅴ5）所定単位数の184/1000（Ⅴ6）所定単位数の163/1000（Ⅴ7）所定単位数の163/1000（Ⅴ8）所定単位数の158/1000（Ⅴ9）所定単位数の142/1000（Ⅴ10）所定単位数の139/1000（Ⅴ11）所定単位数の121/1000（Ⅴ12）所定単位数の118/1000（Ⅴ13）所定単位数の100/1000（Ⅴ14）所定単位数の76/1000 | 左記の単位数×地域区分 | 左記の1割 | 基本サービス費に各種加算・減算を加えた総単位数（所定単位数）※（Ⅴ）は令和7年3月31日まで算定可 |

* + 24時間通報対応加算は、日中においてオペレーションセンターサービスの利用を希望する利用者に対して算定します。利用者からの通報を受け、オペレーターが、訪問が必要であると判断した場合に連携する指定訪問介護事業所に情報提供を行い、当該指定夜間対応型訪問介護事業所が必要なサービスを実施した場合に算定します。
	+ 認知症専門ケア加算は、日常生活に支障を来すおそれのある症状又は行動が認められる認知症の利用者に対して、専門的な認知症ケアを行った場合に算定します。
	+ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して夜間対応型訪問介護を行った場合に算定します。
	+ 介護職員等処遇改善加算は、介護職員等の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。
	+ 地域区分別の単価(**２級地11.12円)**を含んでいます。
	+ (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、提供した指定夜間対応型訪問介護の内容、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居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違がないように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

(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。 |
| 交通費 | 通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次のとおりとします。・事業所から片道○○キロメートル未満○○○円（税込み）・事業所から片道○○キロメートル以上○○○円（税込み） |

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

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 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
 | 1. 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。
2. 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者あてにお届け（郵送）します。
 |
| 1. 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
 | 1. 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△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。

(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1. 支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、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14日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。

（メモ）②のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

５　サービスの提供にあたって

1. 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。
2. 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。
3. 指定夜間対応型訪問介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。
4. サービス提供は「夜間対応型訪問介護計画｣に基づいて行います。なお、「夜間対応型訪問介護計画」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。
5. 夜間対応型訪問介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充分な配慮を行います。

６　衛生管理等

(1)夜間対応型訪問介護員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。

(3)事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおお　むね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

７　緊急時の対応方法について

夜間対応型訪問介護の提供中に、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】（協力医療機関一覧） | 医療機関名所 在 地電話番号ﾌｧｯｸｽ番号受付時間診療科 |
| 【主治医】 | 医療機関名氏 名電 話 番 号 |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　続柄住　　所電 話 番 号携 帯 電 話勤　務　先 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

８　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定夜間対応型訪問介護の提供により事故が発生した場合は、市区町村、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。

また、利用者に対する指定夜間対応型訪問介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。

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村等の連絡先については、本重要事項説明書の内容をすべて説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

（記載内容の例示）

主治医：氏名、所属医療機関名等・所在地・電話番号（勤務先及び携帯）

家族等連絡先：氏名及び続柄、住所、電話番号（自宅、勤務先及び携帯）

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 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

９　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順

①　提供した指定夜間対応型訪問介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。

* + -

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

* + -
1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・窓口の名称） | (所 在 地)(電話番号)　　　　　(ﾌｧｯｸｽ番号)(受付時間) |
| 【区役所（保険者）の窓口】（利用者の居宅がある区役所の介護保険担当部署の名称）保険者が大阪市外の場合は、利用者の保険者となる市役所の介護保険担当部署の名称 | (所 在 地)(電話番号)　　　　　(ﾌｧｯｸｽ番号)(受付時間) |
| 【市役所の窓口】大阪市福祉局高齢者施策部介護保険課　　　（指定・指導グループ） | 大阪市中央区船場中央３丁目１番7-331電話：06-6241-6310　FAX：06-6241-6608受付時間：9：00～17：30 |
| 【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)(受付時間) |

（メモ）利用者が大阪市以外の被保険者の場合、当該保険者の窓口を記載してください。

10　サービスの第三者評価の実施状況について

　当事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

|  |  |
| --- | --- |
| 【実施の有無】 |  |
| 【実施した直近の年月日】 | 年　　月　　日 |
| 【第三者評価機関名】 |  |
| 【評価結果の開示状況】 |  |

11　身分証携行義務

　　訪問介護員等は、常に身分証を携行し、面接時、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。

12　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| 1. 利用者及びその家族に関する秘密の保持について
 | 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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。イ　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」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。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。エ　事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| 1. 個人情報の保護について
 | 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ん。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ん。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。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。） |

13　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。

14　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。

1. 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する責任者 | (職・氏名を記載する) |
| 虐待防止に関する担当者 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. 従業者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。
4. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
5. 虐待の防止のための指針を作成します。

15　身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

（1）緊急性･･････直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険

が及ぶことが考えられる場合に限ります。

（2）代替性････身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶこ

とを防止することができない場合に限ります。

（3）一時性･･････利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場

合は、直ちに身体拘束を解きます。

16　心身の状況の把握

　　指定夜間対応型訪問介護の提供に当たっては、オペレーションセンター従業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。

17　居宅介護事業者との連携

1. 指定夜間対応型訪問介護の提供に当たり、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。
2. 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。

18　サービス提供の記録

1. 指定夜間対応型訪問介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はそのサービスを提供した日から５年間保存します。
2. 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。

19　業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し指定夜間対応型訪問介護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

(2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

20　指定夜間対応型訪問介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、あなたの夜間対応型訪問介護計画に沿って、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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 24時間通報対応加算 | サービス提供体制強化加算　　　　（　） | 介護職員処遇改善加算　　　　（　） |
| ○ | ○ | ○ | ○ | ○ | ○○○円 | ○○円 |
| １週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額 | ○○○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 | （目安金額の記載） |

※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。

21　この重要事項説明書の概要等については、当該事業所の見やすい場所に掲示するとともに、当該事業所のウェブサイト（法人ホームページ等又は情報公表システム上）に掲載・公表します。

22　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、「大阪市指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成25年大阪市条例第27号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

　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 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

　（メモ）

この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。

したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。

しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

なお手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 大阪市 ○○区 △△△１丁目１番１号 |
| 氏　名 | 大　阪 　太　郎　 |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、浪速　花子（子）が代行しました。