

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護重要事項説明書】

令和 6 年 7 月 1 日 現在

1 事業者の概要

法人名	HITOWAケアサービス株式会社
代表者氏名	袴田 義輝
法人所在地	東京都港区港南二丁目15番3号
電話番号	03-6632-7702
設立年月日	平成18年11月1日

2 事業所の概要

事業所名称	イリーゼ恵庭定期巡回・随時対応型訪問介護看護センター		
事業所の所在地	〒 0 6 1 - 1 4 4 8		
	北海道恵庭市相生町2-1		
事業所の電話番号	0123-39-2381		
管理者	石原 都		
指定事業所番号	恵庭市指定	(第	0191200161 号)
指定年月日	平成 元 年 11 月 1 日		
併設サービス	サービス種類	有料老人ホーム事業	事業所名称 イリーゼ恵庭
	サービス種類	特定施設入居者生活介護	事業所名称 イリーゼ恵庭
	サービス種類		事業所名称

3 事業の目的及び運営の方針

目的	当事業所は、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、事業所の介護福祉士又は訪問介護員研修の修了者等が、要介護状態にある高齢者に対し、適正な指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することを目的とします。
運営方針	① 当事業所の訪問介護員等は、要介護状態にある高齢者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて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、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行います。 ② 事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村、地域との結びつきを重視し、関係区市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、在宅介護支援センター、地域の保健・医療・福祉・居宅サービスとの綿密な連携に努め、総合的なサービスの提供にあたるものとします。

4 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	北海道恵庭市
------------	--------

5 営業日及び営業時間

営業日	日曜日から土曜日（祝日も営業）
営業時間	24時間体制
サービス提供時間	24時間体制

6 事業所の職員体制

- (1) 管理者 1 名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従事者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

- (2) 計画作成責任者 1 名以上

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画作成、また計画作成に必要なアセスメントのための訪問を行う。

- (3) オペレーター 1 名以上

サービスを提供する時間を通じて1名以上確保する。
利用申込に係る調整、利用者からの通報に対する対応とサービス調整、訪問介護員等に対する技術指導、サービス管理を行う。

- (4) 訪問介護員

- ・ 定期巡回サービスを行う訪問介護員等（サービスを提供するために必要な数を確保する）
定期的な巡回により、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供にあたる。
- ・ 随時訪問サービスを提供する訪問介護員等（サービスを提供するために必要な数を確保する）
利用者からの通報によりその利用者の居宅を訪問し、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にあたる。

- (5) 看護職員 外部の指定訪問看護事業所と連携

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に当たる。

7 サービス提供方法、内容

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の内容は、居宅サービス計画に基づいてサービスを行う。
次に掲げるサービスから利用者が選定したサービスを提供します。

- ① 定期巡回による指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス
(排泄介助、体位交換、移動・移乗の介助、その他必要な介護)
- ② 利用者からの随時の連絡に対応する指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービス
(排泄介助、体位交換移動・移乗の介助、その他必要な介護)
- ③ 利用者からの随時の連絡に対する受付、相談等
- ④ 利用者又はその家族に対する相談、助言等

8 指定居宅介護支援事業者との連携等

- (1) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供にあたっては、利用者にかかる指定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、そのおかれている環境、他の保健・医療・福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。
- (2) 利用者の生活状況の変化、サービス利用方法・内容の変更希望があった場合、当該利用者担当の指定居宅介護支援事業者に連絡するとともに、綿密な連携に努めます。
- (3) 正当な理由なく指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を拒みません。ただし、通常の事業実施地域等を勘案し、利用希望者に対して指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供が困難と認めた場合、当該利用者にかかる指定居宅介護支援事業者と連携し、必要な措置を講じます。

9 定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成等

- (1) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供を開始する際には、利用者の心身の状況、希望及びそのおかれている状況並びに家族等介護者の状況を十分に把握し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成します。また、既に居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿った指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画を作成いたします。
- (2) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画の作成・変更の際には、利用者又は家族に対し、当該計画の内容を説明し、同意を得ます。
- (3) 利用者に対し、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画に基づいて各種サービスを提供するとともに、継続的なサービスの管理、評価を行います。

10 サービス提供の記録

訪問介護員等は、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供した際には、提供日、提供した具体的なサービスの内容、利用者の心身の状況その他必要な事項を記録します。また、利用者からの申し出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して提供いたします。

11 利用料金

(1) 料金表

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、負担割合に応じて徴収させていただきます。
ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

サービス種類： 定期巡回・随時対応型訪問介護看護

法定代理受領の場合は下記金額の1割から3割(但し介護保険負担割合証に準ずる)
(利用者負担の減免・公費負担等がある場合、その負担額による。)

【利用者負担額(基本料金)の算出方法】

単位数×地域区分別1単位の単価(円)=A(小数点以下切り捨て)

$A \times 0.9$ (※)=B(小数点以下切り捨て) ※自己負担割合1割の場合。自己負担割合2割の場合0.8、3割の場合0.7で計算

$A - B$ =利用者負担額

※当該事業所の地域区分は下記のとおりです。

地域	地域区分	1単位あたりの単価(円)
恵庭市	その他	10

【定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅱ）】

サービス種類	介護度	単位数/月 (※1)	利用料金			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費（Ⅱ）	要介護1	5,446	54,460円	5,446円	10,892円	16,338円
	要介護2	9,720	97,200円	9,720円	19,440円	29,160円
	要介護3	16,140	161,400円	16,140円	32,280円	48,420円
	要介護4	20,417	204,170円	20,417円	40,834円	61,251円
	要介護5	24,692	246,920円	24,692円	49,384円	74,076円

※1) 月途中からの利用開始又は月途中での利用終了時は、所定単位数を日割り計算して得た単位数を算定する。

【加算】

算定 に☑	種類	算定方法	(単位数)	利用料金			
				10割	1割負担	2割負担	3割負担
☒	初期加算 (利用開始した日から 起算して30日以内)	一日につき	30	300円	30円	60円	90円
☐	口腔連携強化加算	1月につき	50	500円	50円	100円	150円
☐	総合マネジメント体 制強化加算（Ⅰ）	一月につき (区分支給限度額算 定対象外)	1200	12,000円	1,200円	2,400円	3,600円
☒	総合マネジメント体 制強化加算（Ⅱ）	一月につき (区分支給限度額算 定対象外)	800	8,000円	800円	1,600円	2,400円
☐	生活機能向上 連携加算（Ⅰ）	初回の指定定期巡 回・随時対応型訪問 介護看護が行われた 日の属する月	100	1,000円	100円	200円	300円
☐	生活機能向上 連携加算（Ⅱ）	初回の指定定期巡 回・随時対応型訪問 介護看護が行われた 日の属する月以降3 月の間、1月につき	200	2,000円	200円	400円	600円
☐	認知症専門ケア加 算（Ⅰ）	一月につき	90	900円	900円	900円	900円
☐	認知症専門ケア加 算（Ⅱ）	一月につき	120	1,200円	1,200円	1,200円	1,200円

☒	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	一月につき	750	7,500円	7,500円	7,500円	7,500円
☐	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	一月につき	640	6,400円	6,400円	6,400円	6,400円
☐	サービス提供体制強化加算(Ⅲ)	一月につき	350	3,500円	3,500円	3,500円	3,500円
☒	介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	介護報酬総単位数×加算比率 ※1単位未満の端数は四捨五入					24.5%
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	介護報酬総単位数×加算比率 ※1単位未満の端数は四捨五入					22.4%
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	介護報酬総単位数×加算比率 ※1単位未満の端数は四捨五入					18.2%
☐	介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	介護報酬総単位数×加算比率 ※1単位未満の端数は四捨五入					14.5%

○ 初期加算

- ・ 利用を開始したとき

○ 口腔連携強化加算

- ・ 事業所の従業者が、口腔の健康状態の評価を実施した場合、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合。

○ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅰ)

- (1) 個別サービス計画について利用者の心身の状況や家族を取り巻く環境の変化を踏まえ、多職種協働により随時適切に見直しを行っていること。
- (2) 地域の病院等に対し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こと。
- (3) 日常的に利用者に関わりのある地域住民等の相談に対応する体制を確保していること。
- (4) 地域住民等との連携により地域資源を効果的に活用し利用者の状態に応じた支援を行っていること。

以下、いずれか1つ以上

- (5) 障害福祉サービス事業所、児童福祉施設等と協働し地域において世代間交流を行っていること。
- (6) 地域住民等、他事業所等と共同で事例検討会、研修会を実施していること。
- (7) 在宅医療・介護連携推進事業等地域支援事業等に参加していること。
- (8) 地域住民及び利用者の住まいに関する相談に応じ必要な支援を行っていること。

○ 総合マネジメント体制強化加算(Ⅱ)

- ・ (Ⅰ)の(1)(2)に適合すること。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅰ)

- ・ 計画作成責任者がリハビリテーション事業所等、リハビリテーションを実施している医療施設等の医師等の助言に基づき、生活機能の向上を目的とした計画を作成し、計画に基づく介護看護を行ったとき。

○ 生活機能向上連携加算(Ⅱ)

- ・ リハビリテーション事業所等、リハビリテーションを実施している医療施設等が、居宅を訪問する際に計画作成責任者が同行することにより医師等と利用者の身体の状態等の評価を協働で行い、かつ生活機能の向上を目的とした計画を作成した場合であって、医師等と連携し計画に基づく介護看護を行ったとき。

- 認知症専門ケア加算(Ⅰ)
 - ・ 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の者が利用者の100分の50以上、且つ専門的な認知症ケアを実施。
 - ・ 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Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置。
 - ・ 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催。
- 認知症専門ケア加算(Ⅱ)
 - ・ 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20以上、且つ専門的な認知症ケアを実施。
 - ・ 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Ⅱ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置。
 - ・ 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的に開催。
 - ・ 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、実施又は実施を予定。
- サービス提供体制強化加算(Ⅰ) (1)(2)(3)(4)のいずれにも適合すること。
- サービス提供体制強化加算(Ⅱ) (1)(2)(3)(5)のいずれにも適合すること。
- サービス提供体制強化加算(Ⅲ) (1)(2)(3)のいずれにも適合すること、(6)(7)(8)のいずれかに該当すること。
- (1) すべての従業員に対し、従業員ごとに研修計画を作成し研修を実施又は実施を予定していること。
- (2) 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は事業所における従業員の技術指導を目的とした会議を定期的に開催すること。
- (3) すべての従業員に対し健康診断等を定期的に実施すること。
- (4) 訪問介護員等総数のうち介護福祉士が100分の60以上であること又は勤続年数10年以上の介護福祉士が100分の25であること。
- (5) 訪問介護員等総数のうち介護福祉士が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修了者が100分の60以上であること。
- (6) 訪問介護員等総数のうち介護福祉士が100分の30以上又は介護福祉士、介護職員基礎研修修了者、介護職員基礎研修修了者が100分の50以上であること。
- (7) 従業員総数のうち常勤職員が100分の60以上であること。
- (8) 従業員総数のうち勤続7年以上が100分の30以上であること。
- 介護職員等処遇改善加算
 - ・ 厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施し、都道府県知事に届け出ている場合。

【減算】

種類	要件	減算額
業務継続計画未実施減算	感染症や非常災害の業務継続計画未策定及び当該業務継続計画に従い必要な措置未実施時	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算
高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するために必要な措置未実施時	所定単位数の100分の1に相当する単位数を減算

通所介護、通所リハビリテーション 又は認知症対応型通所介護を 利用している場合	介護度	単位数/日 (※1)	金額/日			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
定期巡回通所利用減算	要介護1	62	620円	62円	124円	186円
	要介護2	111	1,110円	111円	222円	333円
	要介護3	184	1,840円	184円	368円	552円
	要介護4	233	2,330円	233円	466円	699円
	要介護5	281	2,810円	281円	562円	843円

※1) 当該月に通所等を利用した日数に対して減算となります。

種類	要件	単位数/月	減算額/月			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
同一建物減算	①事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者	600	6,000円	600円	1,200円	1,800円
	②事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者のうち、当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり50人以上の場合	900	9,000円	900円	1,800円	2,700円

【その他の料金】

- ・ 公共交通機関使用時は、実施地域を越えた地点からの交通費は実費
- ・ 車で訪問の場合、通常の事業の実施地域を越えた地点から片道1kmにつき 10円
- ・ キャンセル料

利用日の前日18:00までに事業所へ連絡があった場合 無料

上記以外の場合 無料

(2) 料金のお支払い方法

毎月、20日頃までに前月分の請求をいたします。ご指定の口座より27日に引落しさせていただきます。

(3) その他

- ① 利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は、利用者の負担になります。
- ② 利用者から事業所への通報にかかる専用の通信機器における通話料金については事業者にて負担します。

12 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申込下さい。当事業所職員がお伺い致します。
指定期巡回・随時対応型訪問介護看護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了

① 利用者のご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下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足や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ございます。
その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、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。

一 利用者が介護保険施設に入所した場合

二 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護区分が要支援認定、非該当(自立)と認定された場合

三 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

一 当社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、利用者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、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

二 利用者がサービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、または利用者やご家族などが当社や当事業所職員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合があります。

13 事故発生の防止策及び事故発生時の対応方法

- (1) 当事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、当事業所の保全について計画的に取り組めます。
- (2) 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、利用者の所在する市町村、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するとともに、必要な措置を講じるものとします。
- (3) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。
- (4) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

14 緊急時における対応方法

サービスの提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、救急機関、担当の居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

当事業所	担当者名	石原 都		
	連絡先	0123-39-2381		
	受付時間	緊急時24時間連絡が取れる体制をとります		
医療機関等	医療機関名			
	主治医等の氏名			
	連絡先			
緊急連絡先	氏名（続柄）		（続柄）	
	連絡先			

15 衛生対策

- （1）当事業所は、訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、適宜、健康診断等を実施します。
- （2）当事業所は、設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- （3）当事業所は、感染症が発生又はまん延しないように必要な措置を講じるものとします。

16 感染症や災害対策

- （1）当事業所は感染症・災害対策として次の取組を実施します。
 - ① 感染症の発生及びまん延等の防止のため、委員会を設置し適宜開催
 - ② 感染症及び災害対応指針を定め、各対応マニュアルによる研修の実施、対応訓練を実施
- （2）当事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できるよう、業務継続に向けた計画等を策定し、必要な研修の実施、対応訓練を実施します。

17 身体拘束・虐待防止のための措置に関する事項

- （1）当事業所は、利用者の人権の擁護・身体拘束・虐待等の発生又は再発の防止のため次の措置を講ずるものとします。
 - ① 委員会の設置、開催、担当者の選定、委員会で検討を行った結果について従業者に周知
 - ② 指針の整備、当事業所職員に対する研修の実施
 - ③ 人権の擁護・身体拘束・虐待の防止のための当事業所職員に対する研修の実施
 - ④ 利用者及びそのご家族からの苦情処理体制の整備
 - ⑤ その他身体拘束・虐待防止のために必要な措置は高齢者虐待・身体拘束防止マニュアルに準ずる
- （2）事業所は、利用者の生命又は身体を保護するため緊急時止むを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行わない。ただし、緊急時止むを得ず身体拘束等を行う場合には非代替性、一時性、切迫性の3つの要素をすべて満たし、検討の上、必ず個別に説明をした上で行うこととする。また、その経過及び結果を記録する。記録に関しては、その態様及び時間、その際の利用者の心身状況、その理由を記録し5年間保存し、ご家族等の要求がある場合及び監督機関等の指示等がある場合には、これを開示する。要件に該当しなくなった場合には、直ちに身体拘束を解除する。

18 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あたっては、利用者、その家族、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、市町村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」という）を設置し、概ね6月に1回以上、指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の提供状況等を報告するものとします。また、その記録を作成し、公表するものとします。

19 苦情処理

管理者は、提供した指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護に関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当者を置き、事実関係の調査を実施し、改善措置を講じ、利用者及びご家族に説明するものとします。

① 当事業所における苦情の受付

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

苦情受付窓口	当事業所 窓口	担当者	石原 都
		電話番号	0123-39-2381
		受付時間	午前9時00分から午後6時00分
	法人窓口	窓口名称	HITOWAケアサービス株式会社 お客様相談センター
		電話番号	0120-76-5600
		受付時間	午前9時00分から午後5時00分（12/31～1/3を除く）

② 機関その他受付窓口

恵庭市 介護保険課	電話番号	0123-32-6311
北海道国民健康保険団体連合会	電話番号	011-231-5161
	電話番号	
	電話番号	

20 個人情報の保護

- (1) 当事業所は、利用者及びそのご家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「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」を遵守し適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 当事業所が得た利用者及びそのご家族の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については利用者及びそのご家族の同意を得るものとします。

21 その他運営についての留意事項

- (1) 当事業所は、訪問介護員等の資質の向上を図るため、研修の機会を次の通り設けるものとし、又、業務体制を整備します。
 - 一 採用時研修 採用後1カ月以内
 - 二 継続研修 年4回以上
- (2) 当事業所職員は業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持します。
- (3) 当事業所職員であった者に、業務上知り得た利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、当事業所職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、当事業所職員との雇用契約及び誓約書に明記します。
- (4) 当事業所は、事業に関する諸記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。
- (5) 当事業所における第三者評価の実施状況は次の通りです。

第三者による評価の実施状況	☐	あり	直近の実施日	年	月	日
			評価機関名称			
			結果の開示	☐ あり	☐ なし	
	☒	なし				

- (6) この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項はHITOWAケアサービス株式会社の代表と事業所の管理者との協議に基づき定めるものとします。

20 当社の概要 令和 6 年 7 月 1 日 現在

- (1) 定款に定めた事業
 - 1 介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業
 - 2 介護保険法に基づく居宅サービス事業
 - 3 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
 - 4 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
 - 5 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
 - 6 介護保険法に基づく介護予防支援事業
 - 7 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
 - 8 民間資金等の活用による公共施設等の設備等の促進に関する法律（PFI法）に基づく公共施設、老人福祉センター等の整備及び運営並びに管理に関する事業
 - 9 老人、身体障害者等の介護施設の経営及び管理に関する事業
 - 10 有料老人ホームの経営及び管理に関する事業
 - 11 サービス付き高齢者向け住宅の経営及び管理に関する事業
 - 12 居宅介護住宅改修事業
 - 13 介護事業所の運営にかかわる企画・研究開発・制作・販売に関する事業
 - 14 訪問リハビリ・訪問医療マッサージに関する事業

- 15 訪問理美容に関する事業
- 16 物品等の企画販売及び宅配並びに貸与に関する事業
- 17 給食及び配食サービス並びに飲食サービスに関する事業
- 18 医療機関運営に関わるコンサルティング事業
- 19 医療機器等の販売及び賃貸に関する事業
- 20 介護福祉に従事する介護員等の教育・研修及び養成に関する事業
- 21 宿泊施設及び飲食業の運営に関する事業
- 22 旅行業法に基づく旅行業に関する事業
- 23 旅行業法に基づく旅行業者代理業に関する事業
- 24 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく障害福祉サービス事業
- 25 高齢者介護施設の紹介及び斡旋に関する事業
- 26 各種事務・請求代行に関する事業
- 27 各種システム開発・販売・販売代理に関する事業
- 28 前各号の情報提供サービスに関する事業
- 29 前各号のコンサルタントに関する事業
- 30 前各号に関する市場調査および広告宣伝に関する事業
- 31 前各号に付帯関連する一切の業務

(2) 施設・拠点等

居宅介護支援	29	か所
訪問介護	42	か所
通所介護	6	か所
(介護予防)認知症対応型通所介護	0	か所
地域密着型通所介護	1	か所
(介護予防)特定施設入居者生活介護	72	か所
介護専用型特定施設入居者生活介護	17	か所
(介護予防)短期入所生活介護	1	か所
(介護予防)認知症対応型共同生活介護	3	か所
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	2	か所
夜間対応型訪問介護	0	か所
(介護予防)訪問看護	3	か所
(介護予防)福祉用具貸与	2	か所
(介護予防)特定福祉用具販売	2	か所

指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護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。

	年	月	日	
(事業者)	所在地	東京都港区港南二丁目15番3号		
	名 称	HITOWAケアサービス株式会社		
(事業所)	所在地	北海道恵庭市相生町2-1		
	名 称	イリーゼ恵庭定期巡回・随時対応型訪問介護看護センター		
説明者		印		

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護についての重要な事項の説明・交付を受け、その内容に同意しました。

	年	月	日
(利用者)	住所		
	氏名	印	
(署名代行者)	住所		
	氏名	印 (続柄)	