

訪問看護ステーション ナースくる 重要事項説明書（介護予防訪問看護）

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション ナースくる
所在地	鳥取県鳥取市大覚寺150-87
連絡先	電話 0857-30-5772 FAX 0857-30-5778
管理者名	田中 洋美
サービス種類	介護予防訪問看護
介護保険指定番号	3160190124号
サービス提供地域	旧鳥取市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前9:00～午後5:00
定休日	土曜日、日曜日、祝日、12月31日～1月2日

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師 介護支援専門相談員	1名	0名	1名
看護師	看護師 介護支援専門相談員	1名	0名	1名
看護師	看護師	4名	4名	8名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0857-30-5772

担当部署： 訪問看護ステーション ナースくる

担当者： 田中 洋美

受付時間：午前9:00～午後5:00

苦情窓口につきましては以下の公的機関においても苦情申し出等が可能です。

公的機関相談窓口	電話番号
鳥取県庁 長寿社会課 介護保険担当	0857-26-7860
鳥取市福祉部長寿社会課介護保険係	0857-30-8212
鳥取県国民健康保険団体連合会	0857-20-2100
鳥取県福祉サービス運営適正化委員会	0857-59-6335

公的機関相談窓口	電話番号
岩美町役場 保健福祉課	0857-73-1333
八頭町役場 保健課	0858-76-0211
若桜町役場 町民福祉課	0858-82-2233
智頭町役場 福祉課	0858-75-4102

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要支援状態と認定されたご利用者様に対し、介護予防訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるよう、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な介護予防訪問看護のサービスを、24時間体制で提供します。介護予防訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重し、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な介護予防訪問看護のサービス提供に努めます。

(3) 評価

第三者評価は行っておりません。

4 利用料金

(1) 利用料金

○基本料金

サービス提供区分	介護報酬単位	日中 8~18 時			早朝 6~8 時 夜間 18~22 時			夜間 22 時~6 時		
		1 割	2 割	3 割	1 割	2 割	3 割	1 割	2 割	3 割
20 分未満	303 単位	303 円	606 円	909 円	379 円	758 円	1,137 円	455 円	910 円	1,365 円
30 分未満	451 単位	451 円	902 円	1,353 円	564 円	1,128 円	1,692 円	677 円	1,354 円	2,031 円
30 分以上 60 分未満	794 単位	794 円	1,588 円	2,382 円	993 円	1,986 円	2,979 円	1,191 円	2,382 円	3,573 円
60 分以上 90 分未満	1,090 単位	1,090 円	2,180 円	3,270 円	1,363 円	2,726 円	4,089 円	1,635 円	3,270 円	4,905 円

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

○サービスの加算料金

		単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
長時間訪問看護加算	1 回につき	300 単位	300 円	600 円	1,800 円
緊急時訪問看護加算 I	1 月につき	600 単位	600 円	1,200 円	1,800 円
特別管理加算 I	1 月につき	500 単位	500 円	1,000 円	1,500 円
特別管理加算 II	1 月につき	250 単位	250 円	500 円	750 円
退院時共同指導加算	1 回につき	600 単位	600 円	1,200 円	1,800 円
初回加算 I (退院日当日に訪問)	初回利用時	350 単位	350 円	700 円	1,050 円
初回加算 II (退院日以外に訪問)	初回利用時	300 単位	300 円	600 円	900 円
サービス提供体制強化加算 I	1 回につき	6 単位	6 円	12 円	18 円
看護体制強化加算 II	1 月につき	200 単位	200 円	400 円	600 円
複数名訪問看護加算 I	30 分未満/回	254 単位	254 円	508 円	762 円
	30 分以上/回	402 単位	402 円	804 円	1,206 円
看護・介護職員連携強化加算		250 単位	250 円	500 円	750 円
中山間地域等居住者提供加算				訪問看護費に 5/100 加算	

※長時間介護予防訪問看護加算は、指定介護予防訪問看護に関して、特別な管理が必要な利用者に対し、所要時間が 1 時間以上 1 時間 30 分未満の指定介護予防訪問看護を行った後、引き続き指定介護予防訪問看護を行った場合であり、当該指定介護予防訪問看護の所要時間を通算したときに 1 時間 30 分以上になる場合、1 回につき 300 単位を所定単位数に加算する。

<1 ヶ月の利用料の目安>

$$\begin{aligned} \text{【利用料金】} \times \text{【サービス利用回数】} &= \text{合計 } \textcircled{A} \text{ 円} \\ \textcircled{A} \text{ 円} + \text{【加算料金】} + \text{【保険外費用】} &= \text{利用料金合計 } \text{_____} \text{ 円} \end{aligned}$$

(2) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

複写物	1 枚につき	20 円
-----	--------	------

(3) 交通費 通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交通費	1 km につき	16 円
-----	----------	------

(4) キャンセル料金

① ご利用日の前営業日の午後 5 時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の午後 5 時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の 10 %

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(5) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 10 日までに請求いたしますので、25 日までにあらかじめ指定された方法でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

介護予防訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービスの提供を開始いたします。なお、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ください。まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様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、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、要介護または非該当と認定された場合 ※要介護または非該当と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

・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・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、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で、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービス内容の変更またはサービスを中止する場合があります。

・介護予防訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。

・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

6 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化・事故などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主 治 医	病 院 名	
	主 治 医 氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

7 高齢者の虐待防止

1 ステーションは、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとする。

(1)虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話措置等を活用して行うことができるものとする）を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。

- (2)虐待防止のための指針の整備
 - (3)虐待を防止するための定期的な研修の実施
 - (4)前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置
- 2ステーションは、サービス提供中に当該ステーション職員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報するものとする。

ハラスメントの防止対策

- 1ステーションは、訪問看護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるため次の措置を講ずるものとする。事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しない。
 - (1)身体的な力を使ってハラスメント対策に危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - (2)個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - (3)意に沿わない性的言動、好意的態度の要求、性的ないやがらせ行為 上記は、当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となる。
- 2ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しないための再発防止策を検討する。
- 3職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施する。また、定期的に話し合いの場を設け、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努める。
- 4ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じる。

感染症対策

- 1ステーションは、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとする。
- 2ステーションは、ステーションにおいて感染症が発生し、又は蔓延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。
 - (1)ステーション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(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする)をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図る。
 - (2)ステーション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する。
 - (3)ステーションにおいて、職員に対し感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施する。

業務継続計画の策定等

- 1ステーションは感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護(指定介護 予防訪問看護)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(以下、「業務継続計画」という)を策定し、当該業務改善計画に従い必要な措置を講じるものとする。
- 2ステーションは、職員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するものとする。
- 3ステーションは、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うものとする。

当法人の概要

法人種別・名称	株式会社 BANG
所在地・電話	鳥取県鳥取市大覚寺150-87 代表取締役 山根 浩二 電話 0857-30-5776
事業内容	居宅介護支援事業、訪問看護事業、 地方自治体(区市町村)から介護被保険者認定調査業務の受託 介護予防支援業務の受託

令和 年 月 日

介護予防訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 鳥取市大覚寺150-87
名 称 株式会社 BANG
代表取締役 山根 浩二 印

事業所 所在地 鳥取市大覚寺150-87
名 称 訪問看護ステーション ナースくる
管 理 者 田中 洋美 印

私は、本書面により事業者から介護予防訪問看護についての重要な事項の説明を受けました。

利用者 住 所
氏 名 印

署名代行者
私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。
住所
氏名 印

代理人 (利用者との続柄)
住 所
氏 名 印
202504