

訪問看護 兼 介護予防訪問看護

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社 ブレイクスルー
主たる事務所の所在地	〒722-0215 尾道市美ノ郷町三成1802番地1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 富安基晴
設立年月日	平成12年4月7日
電話番号	0848-48-5651

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション 森のくまさん	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒729-0141 尾道市高須町5683番地	
電話番号	0848-36-5350	
指定年月日・事業所番号	平成27年7月1日指定	3461190104
管理者の氏名	中根 清美	
通常の事業の実施地域	尾道市（島嶼部、浦崎は除く）福山市松永	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護（又は介護予防訪問看護）は、病状が安定期にある利用者について、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「訪問看護職員」といいます。）がそのお宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

従業員の職種	勤務の形態・人数	従業員の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 5人、常勤兼務 1人	理学療法士	常勤 2名
准看護師	常勤 0人、非常勤 1人		

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（訪問看護職員）及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

訪問看護職員の氏名	中根清美・川上智子・吉原久美 岡野生典・小林裕次郎 坂井正宙・藤川博樹・篠澤久美子
管理責任者の氏名	中根 清美

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額（一定以上の所得のある方は2割（平成27年8月から）または3割（平成30年8月から））です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

（1）訪問看護の利用料 ◎訪問看護ステーションの場合

【基本部分】

<保健師、看護師が行う訪問看護>

サービスの内容	基本利用料 ※（注1）参照	利用者負担金（自己負担額1割の場合）
---------	------------------	--------------------

1回あたりの所要時間		(=基本利用料の1割) ※(注2)参照
20分未満	3,120円	312円
20分以上30分未満	4,690円	469円
30分以上1時間未満	8,190円	819円
1時間以上1時間30分未満	11,220円	1,122円

<准看護師が行う訪問看護>

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担1割の場合) (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
20分未満	2,800円	280円
20分以上30分未満	4,220円	422円
30分以上1時間未満	7,370円	737円
1時間以上1時間30分未満	10,090円	1,009円

<理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護>

サービスの内容	基本利用料 ※(注1)参照	利用者負担金(自己負担額1割の場合) (=基本利用料の1割) ※(注2)参照
1回(20分)につき	2,970円	297円

※1日3回以上の場合は90/100が算定されます。

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

(注3) 訪問看護計画書および報告書の作成について、看護師との連携をとっての制作が必要となるため、当ステーション看護師が計画作成のために一度訪問いたします。その後は、体調・環境の変化などございましたら、その都度もしくは3ヶ月に1回程度、看護師が訪問いたします。

(注4) 理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環であり看護師の代わりに理学療法士等

が訪問しております。

【加算】

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。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 (自己負担額 1割の場合)
夜間・早朝、 深夜加算	夜間（１８時～２２時）又は早朝（６時～ ８時）にサービス提供する場合	上記基本利用料の２５％	
	深夜（２２時～翌朝６時）にサービス提供 する場合	上記基本利用料の５０％	
複数名訪問加算Ⅰ	２人の看護師等が同時に <u>３０分未満</u> の訪問 看護を行った場合（１回につき）	２,５４０円	２５４円
	２人の看護師等が同時に <u>３０分以上</u> の訪問 看護を行った場合（１回につき）	４,０２０円	４０２円
複数名訪問加算Ⅱ	看護師等と看護補助者が同時に <u>３０分未満</u> の訪問看護を行った場合（１回につき）	２,０１０円	２０１円
	看護師等と看護補助者が同時に <u>３０分以上</u> の訪問看護を行った場合（１回につき）	３,１７０円	３１７円
長時間訪問看護加算	特別な管理を必要とする利用者に対して１ 時間３０分以上の訪問看護を行った場合 （１回につき）	３,０００円	３００円
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合 （１月につき）	３,０００円	３００円
退院時共同指導加算	退院又は退所につき１回（特別な管理を必要 とする者の場合２回）に限り）	６,０００円	６００円
緊急時訪問看護加算	利用者の同意を得て、利用者又はその家族 等からの看護に関する相談に常時対応でき る体制を整え、かつ、必要に応じて緊急時 訪問を行った場合（１月につき）	５,７４０円	５７４円
特別管理加算Ⅰ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サ ービスの実施に関する計画的な管理を行っ た場合（１月につき）	５,０００円	５００円
特別管理加算Ⅱ		２,５００円	２５０円
ターミナルケア加算	利用者の死亡日前１４日以内に２回以上ター ミナルケアを行った場合(当該月につき)	２０,０００円	２,０００円
看護・介護職員連携 強化加算	当該加算の支援を行った場合（１月に１回 に限り）	２,５００円	２５０円
看護体制強化加算Ⅰ	当該加算の体制を満たす場合	６,０００円	６００円

看護体制強化加算Ⅱ	(1月につき)	3,000円	300円
サービス提供体制強化加算	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき) 訪問看護ステーション、病院又は診療所の場合	60円	6円
サービス提供体制強化加算	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき) 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合	500円	50円

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ① 事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ② 一月当たりの利用者が50人以上居住する建物の利用者 ③ 上記①以外の範囲に所在する建物に居住する利用者（1月当たり20名以上の場合）	① , ③ 上記基本部分の90% ② 上記基本部分の85%

(2) 介護予防訪問看護の利用料 ◎訪問看護ステーションの場合

【基本部分】

<保健師、看護師が行う訪問看護>

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料 ※(注1) 参照	利用者負担金（自己負担額 1割の場合） （＝基本利用料の1割） ※(注2) 参照
20分未満	3,010円	301円
20分以上30分未満	4,490円	449円
30分以上1時間未満	7,900円	790円
1時間以上1時間30分未満	10,840円	1,084円

＜准看護師が行う訪問看護＞

サービスの内容 1回あたりの所要時間	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金（自己負担額 1割の場合） （＝基本利用料の１割） ※（注２）参照
20分未満	2,700円	270円
20分以上30分未満	4,040円	404円
30分以上1時間未満	7,110円	711円
1時間以上1時間30分未満	9,750円	975円

＜理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護＞

サービスの内容	基本利用料 ※（注１）参照	利用者負担金（自己負担額 1割の場合） （＝基本利用料の１割） ※（注２）参照
1回（20分）につき	2,870円	287円

※1日3回以上の場合は90/100が算定されます。

- （注１）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。
- （注２）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。
- （注３）訪問看護計画書および報告書の作成について、看護師との連携をとっての制作が必要となるため、当ステーション看護師が計画作成のために一度訪問いたします。その後は、体調・環境の変化などございましたら、その都度もしくは3ヶ月に1回程度、看護師が訪問いたします。
- （注４）理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環であり看護師の代わりに理学療法士等が訪問しております。

【加算】

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。

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担金 （自己負担額 1割の場合）

夜間・早朝、 深夜加算	夜間（１８時～２２時）又は早朝（６時～８時）にサービス提供する場合	上記基本利用料の２５％	
	深夜（２２時～翌朝６時）にサービス提供する場合	上記基本利用料の５０％	
複数名訪問加算Ⅰ	２人の看護師等が同時に３０分未満の訪問看護を行った場合（１回につき）	２,５４０円	２５４円
	２人の看護師等が同時に３０分以上の訪問看護を行った場合（１回につき）	４,０２０円	４０２円
複数名訪問加算Ⅱ	看護師等と看護補助者が同時に３０分未満の訪問看護を行った場合（１回につき）	２,０１０円	２０１円
	看護師等と看護補助者が同時に３０分以上の訪問看護を行った場合（１回につき）	３,１７０円	３１７円
長時間介護予防 訪問看護加算	特別な管理を必要とする利用者に対して１時間３０分以上の訪問看護を行った場合（１回につき）	３,０００円	３００円
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合（１月につき）	３,０００円	３００円
退院時共同指導加算	退院又は退所につき１回（特別な管理を必要とする者の場合２回）に限り）	６,０００円	６００円
緊急時介護予防 訪問看護加算	利用者の同意を得て、利用者又はその家族等からの看護に関する相談に常時対応できる体制を整え、かつ、必要に応じて緊急時訪問を行った場合（１月につき）	５,７４０円	５７４円
特別管理加算Ⅰ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合（１月につき）	５,０００円	５００円
特別管理加算Ⅱ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合（１月につき）	２,５００円	２５０円
看護体制強化加算	当該加算の体制を満たす場合（１月につき）	３,０００円	３００円
サービス提供体制 強化加算	当該加算の体制・人材要件を満たす場合（１回につき）	６０円	６円

【減算】

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に 居住する利用者等へ のサービス提供減算	以下のいずれかの利用者にサービスを行う場合 ① 事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者	①、③上記基本部分の９０％ ②上記基本部分の８５％

	向け住宅に限る。)に居住する利用者 ② 一月当たりの利用者が50人以上居住する建物の利用者 ③ 上記①以外の範囲に所在する建物に居住する利用者(1月当たり20名以上の場合)	
--	--	--

(3) キャンセル料

特にいたしません、キャンセルは早めに連絡ください。

(4) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 広島銀行 尾道栗原支店 普通口座 3046343 有限会社 ブレイクスルー
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い、指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0848-36-5350
---------	-------------------

	面接場所 当事業所の相談室
--	---------------

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	広島県尾道庁舎（厚生環境事務所）	電話番号 0848-25-2011
	広島県国民健康保険団体連合会	電話番号 082-554-0783

12. 職員へのハラスメント防止について

当法人は、ご利用者様に安全で質の高いサービスを続けてご提供するため、「ハラスメント防止規程」を定め、職員が安心して働ける環境づくりに取り組んでいます。ご意見・ご要望・苦情には誠実に対応いたします。一方で、ご利用者様・ご家族様等による、社会通念上相当な範囲を超える迷惑行為（カスタマーハラスメント）には、法人として対応いたします。

この取り扱いは、事業所内だけでなく、ご利用者様宅への訪問時、送迎中、電話・メール・手紙・SNS など、サービスに関わるすべての場面に適用します。また、当法人の職員（派遣職員・委託先の職員・実習生を含みます）すべてが対象です。

(1) ご遠慮いただきたい行為

- ① 暴力：叩く、蹴る、つねる、物を投げる、唾を吐きかける等
- ② 暴言・威圧：大声で怒鳴る、侮辱や人格を否定する発言、脅迫、土下座や謝罪文の強要等
- ③ 性的な言動：不必要な身体への接触、性的な発言、交際の誘い等
- ④ 過度な要求：契約にないサービスの強要、過剰な金銭補償の要求、特定の職員の指名・排除の要求等
- ⑤ 長時間の拘束：長時間の電話・面談、同じ内容の繰り返しの要求、深夜・早朝の連絡等
- ⑥ SNS 等での中傷・私生活への干渉：職員の実名・写真の投稿や誹謗中傷、職員の無断撮影・録音、連絡先や住所の詮索等

(2) 行為があった場合の対応

上記の行為があった場合、当法人の「ハラスメント対応規程」に基づき、次の対応を行うことがあります。

- ① その場での対応の中止と、管理者からの説明・注意
- ② 書面による警告
- ③ 訪問時の職員の複数名対応、担当職員の変更、面会や連絡方法の制限
- ④ 警察、弁護士、市町村等への相談・通報
- ⑤ 改善が見られない場合の契約の解除

事実を確認するため、記録や録音等を行う場合があります。記録は、必要な範囲を超えて開示しないよう、厳重に管理いたします。

(3) ご病気や障害による言動

認知症などのご病気や障害の症状によると考えられる言動には、医師や介護支援専門員と相談しながら、ケアの方法を見直して対応いたします。

(4) ご相談・お問い合わせ先

本件に関するご相談は、苦情・相談窓口（担当：本社 三宅和仁・大森京子、電話：0848-48-5651）までご連絡ください。

13. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了承ください。
 - ・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 〒729-0141 尾道市高須町 5683 番

事業者（法人）名 訪問看護ステーション 森のくまさん

代表者職・氏名 中根 清美 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

令和 年 月 日

〒 ー

利用者

住 所

電話番号

氏 名

〒 ー

代筆者

住 所

電話番号

氏 名 (続柄)

〒 ー

利用者代理人

住 所

電話番号

氏 名 (続柄)