

## 重要事項説明書

株式会社 Alife が設置する訪問看護ステーション 訪問看護ステーション元気アップ(以下「事業所」という。)は、利用者に対して、指定訪問看護・指定介護予防訪問看護事業(以下「指定訪問看護等」という。)を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意ください重要事項をご説明します。

### 1. 事業者(法人)の概要

|            |                            |
|------------|----------------------------|
| 事業者(法人)の名称 | 株式会社Alife                  |
| 主たる事務所の所在地 | 〒350-1162 埼玉県川越市南大塚二丁目5番地1 |
| 代表者(職名・氏名) | 代表取締役 柴田 弘樹                |
| 設立年月日      | 平成26年9月9日                  |
| 電話番号       | 049-293-9737               |

### 2. 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 元気アップ           |
| サービスの種類     | 指定訪問看護・指定介護予防訪問看護          |
| 事業所の所在地     | 〒350-1105 埼玉県川越市今成四丁目10-15 |
| 電話番号        | 049-293-8407               |
| 指定年月日・事業所番号 | 令和6年11月1日指定                |
| 管理者の氏名      | 小島 由紀                      |
| 通常事業の実施地域   | 川越市                        |

### 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高齢者(以下「利用者」という。)に対し、その意思及び人格を尊重し、適正な指定訪問看護等を提供することを目的とします。   |
| 運営の方針 | ステーションの看護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援いたします。<br>要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものといたします。<br>事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものといたします。 |

#### 4. 営業日及び営業時間

|                 |  |
|-----------------|--|
| 営業日             | 月曜日から土曜日まで<br>休日:日曜日 年末年始(12月30日～1月3日)。              |
| 営業時間            | 午前8時30分から午後5時30分まで                                   |
| 時間外及び緊急時<br>連絡等 | 営業時間外等の緊急な連絡は代表電話にお掛けください。電話が通送され<br>当日担当の者が対応いたします。 |

#### 5. 事業所の職員体制(令和8年1月現在)

| 従業者       |             |            |
|-----------|-------------|------------|
| 管理者       | 看護師         | 1名         |
| 看護(管理者含む) | 看護師・准看護師    | 人員基準2.5名以上 |
| リハビリ      | 理学療法士・作業療法士 | 1名以上       |
| 事務        |             | 0名         |

#### 6. 提供するサービスの内容

指定訪問看護等のサービス内容は、以下のとおりです。

- (1)病状、心身の状況の観察
- (2)清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3)食事及び排せつ等日常生活の世話
- (4)褥瘡の予防・処置
- (5)リハビリテーション
- (6)ターミナルケア
- (7)認知症患者の看護
- (8)療養環境の整備
- (9)家族への看護指導及び介護支援・相談
- (10)カテーテル等の管理
- (11)その他医師の指示による医療処置
- (12)訪問看護計画書等の作成

#### 7. 利用料及びその他の費用の額

- (1)訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成により、サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問であること等を利用者等に説明し、同意を得ることとします。

(2) サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬告示上の額(月単位)とし、そのサービスが法定代理受領サービスであるときは、介護保険負担割合証に記載されている割合にて計算し支払っていただきます。

なお、医療保険の場合は、診療報酬の額によります。

※介護保険の被保険者が医療保険適用となる場合は以下のとおりになります。

末期の悪性腫瘍・多発性硬化症・重症筋無力症・スモン・筋萎縮性側索硬化症・脊髄小脳変性症・ハンチントン病・進行性筋ジストロフィー症・パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症 度分類がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。))をいう。・多系統萎縮症(線条体黒質変性症・オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。・プリオン病・亜急性硬化性全脳炎・ライソゾーム病・副腎白質ジストロフィー・脊髄性筋萎縮症・球脊髄性筋萎縮症・慢性炎症性脱髄性多発神経炎・後天性免疫不全症候群・頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態。

<介護報酬告示額>

(1)基本料金

\*費用総額は加算単位数に地域区分ごとの単価(1単位=10.42円)をかけて計算した金額です。

| 訪問看護時間                        | 単位数     | 利用者負担額 |        |        |
|-------------------------------|---------|--------|--------|--------|
|                               |         | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
| 20分未満                         | 314 単位  | 328 円  | 655 円  | 982 円  |
| 30分未満                         | 471 単位  | 491 円  | 982 円  | 1473 円 |
| 30分以上60分未満                    | 823 単位  | 858 円  | 1715円  | 2573 円 |
| 60分以上90分未満                    | 1128 単位 | 1176 円 | 2351 円 | 3526 円 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護(20分) | 294 単位  | 307 円  | 613 円  | 919 円  |

| 介護予防訪問看護時間                        | 単位数     | 利用者負担額 |        |        |
|-----------------------------------|---------|--------|--------|--------|
|                                   |         | 1割負担   | 2割負担   | 3割負担   |
| 20分未満                             | 303 単位  | 316 円  | 632 円  | 948 円  |
| 30分未満                             | 451 単位  | 470 円  | 940 円  | 1410 円 |
| 30分以上60分未満                        | 794 単位  | 828 円  | 1655 円 | 2482 円 |
| 60分以上90分未満                        | 1090 単位 | 1136 円 | 2272 円 | 3408 円 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による介護予防訪問看護(20分) | 284 単位  | 296 円  | 592 円  | 888 円  |

| 訪問看護費(加算・減算)     | 単位数    | 利用者負担額       |       |        |
|------------------|--------|--------------|-------|--------|
|                  |        | 1割負担         | 2割負担  | 3割負担   |
| 同一建物減算           |        | 所定単位数×90/100 |       |        |
| 准看護師による訪問看護の減算   |        | 所定単位数×90/100 |       |        |
| 時間外加算(早朝・夜間)     |        | 基本料金に25%加算   |       |        |
| 時間外加算(深夜)        |        | 基本料金に50%加算   |       |        |
| 初回加算(初回のみ・退院日当日) | 350 単位 | 365 円        | 730 円 | 1095 円 |
| 初回加算(初回のみ・退院日以外) | 300 単位 | 313 円        | 626 円 | 938 円  |

(3)その他、処置に要した備品に係る費用については、実費を徴収します。

(4)前項の利用料等の支払いを受けたときは、利用料とその他の費用(個別の費用ごとに区分)について記載し領収書を交付します。

(5)サービスの提供の開始に際し、予め利用者又はその家族に対し、利用料並びにその他の費用の内容及び金額に関し事前に文書で説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名 または記名押印をしていただきます。

(6)費用を変更する場合には、予め前項と同様に利用者又はその家族に対し、事前に文書で説明したうえで、支払いに同意する旨の文書に署名または記名押印をしていただきます。

(7)その他の費用

|       |  |
|-------|--|
| 死後の処置 | 指定訪問看護の提供と連続して行われる死後の処置 25,000 円           |
| その他   | 利用者様の容態に応じて使用又は貸出された医療用器具、医療用衛生消耗品等はその都度請求 |

(8)キャンセル料

利用予定日の前にサービス利用の中止又は変更をする場合には、利用予定日の前営業日 17 時までには事業所に申し出てください。利用日の前営業日 17 時までには連絡がなく、サービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

| キャンセルの時期                      | キャンセル料       |
|-------------------------------|--------------|
| 利用予定日の前営業日 17 時までにご連絡をいただいた場合 | 無料           |
| 利用予定日の前営業日 17 時までにご連絡がなかった場合  | 利用者負担金の50%の額 |

(9)交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問看護等に要した交通費は、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、実施地域を越えた地点から、1キロメートルあたり15円(往復に係る料金で計算)を徴収します。

## 8. 留意事項

(1)サービス提供にあたっては、複数の訪問看護師が交替しサービスを提供します。(※特定の訪問看護師の指名はできません)

(2)事故やトラブルを避けるため、下記事項のご要望はお断りさせて頂いております。

- ・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
- ・利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受・利用者の同居家族に対するサービス提供
- ・利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ・利用者又は家族等間での宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為
- ・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）

(3)事業所がサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用ならびにその他備品等は利用者のご負担となります。

(4)サービスの変更等のご連絡

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等又は当事業所へご連絡ください。

9. 台風時等警報時の対応

暴風域警報等が発令され、交通機関(路線バス)の運行が停止した場合、安全確保の為に訪問は控えさせていただきます。また、訪問日時の変更依頼をさせて頂く場合がございます。ご了承下さい。暴風域が解除となり交通機関の運行が再開となれば、通常通りサービスを行います。

10. 事故発生時における対応方法

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. 緊急時における対応方法

(1)緊急時の対応 事業所はサービス提供中、利用者に病状の急変が生じた場合やその他必要と判断 する場合には、速やかに主治の医師へ連絡を行い、救急搬送の要請をする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致します。

12. 賠償責任

(1)事業所は、本契約に基づくサービスの実施に伴い、明らかなる過失により利用 者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、利用者に対してその損害を賠償 します。ただし、事業所に故意または過失がない場合はこの限りではありません。

(2)第1項において利用者の故意や重過失によって当該事故が発生した場合は、事業所が 負う損害賠償責任を減じることができるものとします。事業所は、第1項の損害賠償責任を速やかに履行するものとします。

【損害賠償がなされない場合】

(1)事業所は、事業所側に明らかな過失があると認められない限り、損害賠償責任を負いません。とりわけ以下に

該当する場合には、事業所は損害賠償責任を免れます。

利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

(2)利用所が、サービスの実施のため必要な事項に関する聴取・確認に対して故意にこれを告げず、又は不実の告知を行ったことにもつぱら起因して損害が発生した場合

(3)利用者の急激な体調の変化等、事業所が実施したサービスを原因としない事由にもつぱら起因して損害が発生した場合

### 13. 防止・対策・研修への取り組み

#### (1)虐待防止

- ①事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- ②当該事業所従業者又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)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します。
- ③虐待防止のための対策を検討する委員会を年に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ④事業所は次の通り虐待防止責任者を定めます。

#### (2)身体拘束の禁止

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束等」という。)を行わない。

- ①事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。
- ②事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講ずる。
  - ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図る。
  - ・身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
  - ・従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施する。

#### (3)認知症ケア

当事業所は、利用者の認知症ケアのため、次の措置を講ずる。

- ①当事業所の全従業者へ、認知症ケアに関する研修を定期的実施する。また認知症に関する十分な知識と理解を習得し、専門性と資質の確保・向上を目的として実施する。
  - ②認知症高齢者への対応として、総合的なアセスメントを踏まえ、チームケアを統一することで、認知症高齢者のニーズに即した生活支援を行う。
  - ③パーソン・センタード・ケア(いつでも、どこでも、その人らしく)本人の自由意志を尊重したケアを実践する。
- (4)感染症対策の強化 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訪問看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等について、衛生的な管理に努めます。
- ③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定期的開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底しています。
- ④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。
- ⑤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実施します。

#### (5)ハラスメント

事業所は、介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ようハラスメントの防止に向け取り組みます。

- ①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ません。

- ・身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- ・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
- ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、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）

- 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為の再発防止策を検討します。

- ・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します。また、定期的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ます。
- ・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ます。

#### (6)業務継続へ向けた取り組みについて

- ①感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護等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。

#### (7)職員の研修について

事業所は、看護職員等の資質向上のために研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、業務の執行体制についても検証、整備する。

- 採用時研修 採用後 3ヶ月以内
- 継続研修 年 2回

## 14 苦情処理

(1)サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の次の窓口でお受けいたします。

- 部 署 訪問看護ステーション 元気アップ サービス相談窓口
- 電 話 049-293-8407
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30(日曜を除く)

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

### 行政機関その他苦情受付機関

|                               |   |
|-------------------------------|---|
| 埼玉県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情対応係 | 所在地 埼玉県さいたま市中央区大字下落合1704番<br>電話番号 048-824-2568(苦情相談専用)<br>受付時間 8:30～12:00、13:00～17:00 |
| 川越市役所 介護保険課                   | 所在地 埼玉県川越市元町1丁目3番地1<br>電話番号 049-224-8811(代表)<br>受付時間 8:30～12:00、13:00～17:15           |

重要事項説明書についての説明を受けここに同意し、サービスの提供に関する契約を締結します。  
契約の証として、本契約書をそれぞれ2部作成し、利用者及び事業者記名押印のうえ1部ずつを保有します。

令和 年 月 日

所在地 埼玉県川越市南大塚 2 丁目 5-1

法人名 株式会社Alife

代表者名 代表取締役 柴田 弘樹 印

説明者

事業所名 訪問看護ステーション 元気アップ

氏 名 印

(利用者)

住 所

電話番号

氏 名 印

(家族)

住 所

電話番号

氏 名 印 続柄

(代理人)

住 所

電話番号

氏 名 印 続柄

## 個人情報使用同意書

私(利用者)、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり、個人情報を使用することに同意します。

### 記

1. 当事業所は、利用者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ドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。
2. 従事者が得た利用者の個人情報については、サービス担当者会議・事業所での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必要に応じて利用者又はその代理人の了解を得ます。
3. 従事者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
4. 従事者であった者に、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、従事者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、従事者との雇用契約の内容とします。
5. 当事業所、関係機関において介護サービスや業務の維持、改善のため行われる学会、調査、事例検討、実習のための資料として利用。

株式会社 Alife 御中

令和 年 月 日

<利用者>

住所

氏名

印

<家族の代表>

住所

氏名

印

<署名代筆者>

住所

氏名

続柄