

【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、新潟県条例の規定に基づき、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	株式会社 ケアの森
主たる事務所の所在地	〒959-2631 新潟県胎内市表町5番25号
代表者(職名・氏名)	代表取締役 桐生 敏行
設立年月日	令和 6年12月23日
電話番号	0254-28-0172

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 ケアの森 東新潟	
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	〒950-0813 新潟県新潟市東区大形本町5丁目8番11号	
電話番号	(TEL)025-250-5606 (FAX)025-250-5607	
指定年月日・事業所番号	令和7年7月1日指定	1560191577
管理者の氏名	金子竜司	
通常の事業の実施地域	新潟市東区 新潟市中央区	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	株式会社ケアの森(以下「事業者」という。)が運営する訪問看護ステーションケアの森東新潟(以下「事業所」という。)が行う、指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業(以下「事業」という。)の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、要介護又は要支援状態にある高齢者(以下「利用者」という。)であって、主治医が指定訪問看護又は指定介護予防訪問看護(以下「指定訪問看護等」という。)の必要性を認めた場合には、利用者の心身の特性を踏まえ、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を提供することを目的とする。
運営の方針	利用者の心身の特性を踏まえ、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、その療養生活を支援し、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を行う。 事業の実施に当たっては、関係市町村、指定居宅介護支援事業者、指定介護予防支援 事業者(地域包括支援センター)、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。 「新潟市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営の基準に関する条例(平成24年12月21日新潟市条例第88号)」及び「新潟市指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のため の効果的な支援の方法の基準に関する条例(平成24年12月21日新潟市条例第92 号)」に定める内容を遵守し、事業を実施する。

4. 提供するサービスの内容

- (1) 指定訪問看護等は、利用者の心身の状態を踏まえて、妥当適切に行うとともに、その生活の質の確保を図るよう、主治医等との密接な連携及び主治医意見書に基づき、訪問看護計画等に沿って実施するものとする。
- (2) 指定訪問看護等の提供に当たっては、目標達成の度合いやその効果等について評価を行うとともに、訪問看護計画等の修正を行い、改善を図るよう努めるものとする
- (3) 指定訪問看護等の提供に当たっては、利用者の健康状態と経過、看護の目標や内容、具体的な方法その他療養上必要な事項について、利用者及びその家族に理解しやすいよう指導又は説明を行うものとする。

5. 営業日及び営業時間

営業日	営業受付時間
24時間365日無休	9:00-18:00

6. 事業所の職員体制

看護師・准看護師：常勤換算2.5名以上
事務員：1名

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	
管理者の氏名	金子 竜司

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月より）3割（平成30年8月より））が負担となります。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

【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	利用者負担額		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
20分未満	3,205円	320円	641円	961円
20分以上30分未満	4,808円	480円	961円	1,442円
30分以上1時間未満	8,402円	840円	1,680円	2,520円

1時間以上1時間30分未満	1,1516円	1,151円	2,303円	3,455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	利用者負担額		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
20分未満	2,879円	287円	575円	863円
20分以上30分未満	4,321円	432円	864円	1,296円
30分以上1時間未満	7,575円	757円	1,515円	2,272円
1時間以上1時間30分未満	10,366円	1,036円	2,073円	3,109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		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
1回につき	3,001円	300円	600円	900円

(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。

【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		
			1割負担	2割負担	3割負担
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%			
初回加算 (I)	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合	3,573円	357円	714円	1,071円

	※ただし、初回加算(Ⅱ)を算定している場合は算定しない。				
初回加算 (Ⅱ)	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定の訪問看護を行った場合	3,063円	306円	612円	918円
複数名訪問 加算Ⅰ	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合 (1回につき)	2,593円	259円	518円	777円
	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合 (1回につき)	4,104円	410円	820円	1,231円
複数名訪問 加算Ⅱ	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合 (1回につき)	2,052円	205円	410円	615円
	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合 (1回につき)	3,236円	323円	647円	970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)	3,063円	306円	612円	918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)	5,860円	586円	1,172円	1,758円
特別管理加算 (Ⅰ) (重症度が高い)	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) ・在宅悪性腫瘍患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレを使用している状態 ・留置カテーテルを使用している状態	5,105円	510円	1,021円	1,531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 ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症疾患指導管理 ・人工肛門、人工膀胱を設置している状態 ・真皮を超える褥瘡の状態 ・点滴注射を週3回以上行う必要があると認	2,552円	255円	510円	765円

	められる状態				
退院時共同 指導加算	病院、診療所を退院又は介護老人保健施設を退所前に在宅生活についてカンファレンスを行った場合、(退院、退所後の初回訪問看護の際に1回)※特別な場合は2回	6,126円	612円	1,225円	1,837円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ)	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき)	61円	6円	12円	18円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき)	30円	3円	6円	9円
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において、利用者の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合。	51円	5円	10円	15円

(2)介護予防訪問看護の利用料

【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	利用者負担額		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
20分未満	3,093円	309円	618円	927円
20分以上30分未満	4,604円	460円	920円	1,381円
30分以上1時間未満	8,086円	808円	1,617円	2,425円
1時間以上1時間30分未満	11,098円	1,109円	2,219円	3,329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	利用者負担額		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
20分未満	2,787円	278円	557円	836円
20分以上30分未満	4,145円	414円	829円	1,243円
30分以上1時間未満	7,300円	730円	1,460円	2,190円
1時間以上1時間30分未満	10,016円	1,001円	2,003円	3,004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	利用者負担額		
		1割負担 ※(注2)参照	2割負担 ※(注2)参照	3割負担 ※(注2)参照
1回につき	2,889円	288円	577円	866円

(注1)左記の基本利用料は、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)左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。

【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		
			1割負担	2割負担	3割負担
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%			
初回加算 (Ⅰ)	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合 ※ただし、初回加算(Ⅱ)を算定している場合は算定しない。	3,573円	357円	714円	1,071円
初回加算 (Ⅱ)	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定の訪問看護を行った場合	3,063円	306円	612円	918円
複数名訪問 加算Ⅰ	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合 (1回につき)	2,593円	259円	518円	777円
	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合 (1回につき)	4,104円	410円	820円	1,231円
複数名訪問 加算Ⅱ	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合 (1回につき)	2,052円	205円	410円	615円
	看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して30分以上の訪問看護を行った場合 (1回につき)	3,236円	323円	647円	970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)	3,063円	306円	612円	918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)	5,860円	586円	1,172円	1,758円
特別管理加 算 (Ⅰ) (重症度が高い)	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) ・在宅悪性腫瘍患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレを使用している状態 ・留置カテーテルを使用している状態	5,105円	510円	1,021円	1,531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 ・在宅自己腹膜灌流指導管理 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅血液透析指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿管理 ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症疾患指導管理 ・人工肛門、人工膀胱を設置している状態 ・真皮を超える褥瘡の状態 ・点滴注射を週3回以上行う必要があると認 められる状態	2,552円	255円	510円	765円
退院時共同 指導加算	病院、診療所を退院又は介護老人保健施設を 退所前に在宅生活についてカンファレンスを 行った場合、(退院、退所後の初回訪問看護の 際に1回)※特別な場合は2回	6,126円	612円	1,225円	1,837円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅰ)	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき)	61円	6円	12円	18円
サービス提供 体制強化加算 (Ⅱ)	当該加算の体制・人材要件を満たす場合 (1回につき)	30円	3円	6円	9円
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 実施した場合において、利用者の同意を得て 歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当 該評価の結果を情報提供した場合。	51円	5円	10円	15円

(3)その他利用料(保険外サービス)

エンゼルケア (死後の処置)	ご希望により、死後の処置を行った場合	20,000円
-------------------	--------------------	---------

【減算】※共通

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減算されます。

減算の種類	減算の要件
高齢者虐待防止 措置未実施減算	・虐待の防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等の活用可)を定期的に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こと。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。 上記の虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合 所定単位数の1.0%を減算
業務継続計画 未実施減算	・感染症や非常災害の発生において、利用者に対するサービス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)を策定すること。 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。 上記の措置が講じられていない場合 所定単位数の1.0%を減算

(4)キャンセル料について

利用者様の都合により、利用をキャンセルすることができます。この場合にはサービスの実施日前日までに申し出てください。利用者の都合でサービスを中止する場合お支払いいただく場合、キャンセル料として料金をお支払いいただく場合があります。

(5)支払い方法

左記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、サービス利用された月の翌月末にご利用料金を請求します。お支払いに関しては、振込又は現金、口座振替にてお願いいたします。

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又は、口座入金の確認が出来次第差し上げます。

振込先金融機関:けんしん中条支店(新潟縣信用組合)

口座種別:普通

口座番号:0368672

口座名義人:株式会社ケアの森

※振込手数料のご負担はご利用者様にてお願いいたします。

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. 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)虐待防止に関する責任者を選定しています。

事業所相談窓口	電話番号:(TEL)025-250-5606 (FAX)025-250-5607 担当 : 管理者 金子 竜司
---------	--

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)苦情解決体制を整備しています。

(4)従業者に対する虐待防止を啓発・普及するために研修を実施しています。

(5)サービス提供中に、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。

11. 身体拘束の禁止

原則として、契約者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。

ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に契約者及びその家族へ十分な説明を行い、同意を得るとともにその対応及び時間、その際の契約書の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

12. 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。

13. ハラスメントの防止対策

事業者は、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。

(1)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

(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、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当事業所職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

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、委員会の開催及び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。

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します。

また、定期的な委員会の開催、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。

- 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ます。

14. 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 (TEL)025-250-5606 (FAX)025-250-5607 面接場所 当事業所の相談室 担当: 管理者 金子 竜司
---------	---

(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	新潟市東区健康保険福祉課 高齢介護係	電話番号 025-250-2320
	新潟市中央区健康保険福祉課 高齢介護係	電話番号 025-223-7216
	新潟市 介護保険課	電話番号 025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連会	電話番号 025-285-3022

15. サービスの利用にあたっての留意事項

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、あらかじめご了解ください。
- ・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。
- (4) 訪問中に著しい不信行為があった場合は、訪問看護が継続できなくなることがあります。
また、訪問看護中のご家族等の喫煙やペット等による訪問看護職員への身体的・心理的な影響が考えられる場合、対応を提案させていただくことがあります。
- (5) 災害時の緊急事態発生の場合、訪問看護サービス提供中の訪問看護職員は、直ちにサービスを中止し、利用者に対応可能な安全確保ののち、事業所に戻り事業者の指示を仰ぐこととします。

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、重要事項を説明いたしました。

事 業 者 所在地 〒959-2631 胎内市表町 5 番 25 号

事業者(法人)名 株式会社 ケアの森

代表者職・氏名 取締役 桐生 敏行

説明者職・氏名 管理者 金子 竜司

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。

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者(又は法定代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄()

署名代行者(又は法定代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

本人との続柄()