モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 　（指定介護予防訪問看護）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定介護予防訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。分からないこと、分かりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

|  |
| --- |
| この「重要事項説明書」は、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」の規定に基づき、指定介護予防訪問看護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。 |

１　指定介護予防訪問看護サービスを提供する事業者について

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名称 | （法人格及び法人の名称） |
| 代表者氏名 | （代表者の役職名及び氏名） |
| 本社所在地  （連絡先及び電話番号等） | （法人登記簿記載の所在地）  （連絡先部署名）（電話・ﾌｧｯｸｽ番号） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日） |

２　利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

1. 事業所の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称） |
| 介護保険指定  事業所番号 | （指定事業所番号） |
| 事業所所在地 | （事業所の所在地、ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号まで） |
| 連絡先  相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号）  （部署名・相談担当者氏名） |
| 事業所の通常の  事業の実施地域 | （運営規程記載の市町村名を記載） |

1. 事業の目的及び運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程記載内容の要約） |
| 運営の方針 | （運営規程記載内容の要約） |

1. 事業所窓口の営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （運営規程記載の営業日を記載） |
| 営業時間 | （運営規程記載の営業時間を記載） |

1. サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （サービス提供可能な日） |
| サービス提供時間 | （サービス提供可能な時間帯） |

1. 事業所の職員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 管理者 | （氏名） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 職務内容 | 人員数 |
| 管理者 | 1. 指定介護予防訪問看護の利用の申込みに係る調整を行います。 2. 主治の医師の指示に基づき適切な指定介護予防訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 3. 介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 4. 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 | 常　勤　１名 |
| 看護職員のうち主として計画作成等に従事する者 | 1. 指定介護予防訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師から文書による指示を受けるとともに、主治の医師に対して介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書を提出し、主治の医師との密接な連携を図ります。 2. 主治の医師の指示に基づく介護予防訪問看護計画の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い同意を得ます。 3. 利用者へ介護予防訪問看護計画を交付します。 4. 指定介護予防訪問看護の実施状況の把握及び介護予防訪問看護計画の変更を行います。 5. 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。 6. 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 7. サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者と連携を図ります。 8. 訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成します。 | 常　勤　　名  非常勤　　名 |
| 看護職員  （看護師・  准看護師） | 1. 介護予防訪問看護計画に基づき、指定介護予防訪問看護のサービスを提供します。 2. 訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成します。 | 常　勤　　名  非常勤　　名 |
| 事務職員 | 1. 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 | 常　勤　　名  非常勤　　名 |

（メモ）員数については、置くべきとされている員数を満たす範囲において「〇〇名以上」と記載することができます。

３　提供するサービスの内容及び費用について

1. 提供するサービスの内容について

|  |  |
| --- | --- |
| サービス区分と種類 | サービスの内容 |
| 介護予防訪問看護計画の作成 | 主治の医師の指示並びに利用者に係る介護予防支援事業者が作成した介護予防サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた介護予防訪問看護計画を作成します。 |
| 介護予防訪問看護の提供 | 介護予防訪問看護計画に基づき、介護予防訪問看護を提供します。  具体的な介護予防訪問看護の内容   1. ○○○○ 2. △△△△ 3. □□□□ 4. ◎◎◎◎ |

（メモ）利用者との間で、提供するサービスに関して疑義や誤解が生じないよう、サービス内容は、できる限り具体的に記述するようにしてください。

1. 看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

　ア　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

　イ　利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

　ウ　利用者の同居家族に対するサービス提供

　エ　利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

　オ　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。）

　カ　利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

**※指定介護予防訪問看護ステーションの場合**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定介護予防訪問看護ステーションの場合 | サービス  　　　　提供時間数  サービス  提供時間帯 | | 20分未満 | | | | | | | 30分未満 | | | | | |
| 基本  単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | | | 基本  単位 | | 利用料 | 利用者負担 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | | 3割負担 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 昼間 | 看護師 | 302 | 3,273円 | 328円 | 655円 | | 982円 | | 450 | | 4,878円 | 488円 | 976円 | 1,464円 |
| 准看護師 | 272 | 2,948円 | 295円 | 590円 | | 885円 | | 405 | | 4,390円 | 439円 | 878円 | 1,317円 |
| 早朝  夜間 | 看護師 | 378 | 4,097円 | 410円 | 820円 | | 1,230円 | | 563 | | 6,102円 | 611円 | 1,221円 | 1,831円 |
| 准看護師 | 340 | 3,685円 | 369円 | 737円 | | 1,106円 | | 506 | | 5,485円 | 549円 | 1,097円 | 1,646円 |
| 深夜 | 看護師 | 453 | 4,910円 | 491円 | 982円 | | 1,473円 | | 675 | | 7,317円 | 732円 | 1,464円 | 2,196円 |
| 准看護師 | 408 | 4,422円 | 443円 | 885円 | | 1,327円 | | 608 | | 6,590円 | 659円 | 1,318円 | 1,977円 |
| サービス  提供時間数  サービス  提供時間帯 | | 30分以上1時間未満 | | | | | | | 1時間以上1時間30分未満 | | | | | |
| 基本  単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | | | 基本  単位 | | 利用料 | 利用者負担 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | | 3割負担 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 昼間 | 看護師 | 792 | 8,585円 | 859円 | | 1,717円 | | 2,576円 | | 1,087 | 11,783円 | 1,179円 | 2,357円 | 3,535円 |
| 准看護師 | 713 | 7,728円 | 773円 | | 1,546円 | | 2,319円 | | 978 | 10,601円 | 1,061円 | 2,121円 | 3,181円 |
| 早朝  夜間 | 看護師 | 990 | 10,731円 | 1,074円 | | 2,147円 | | 3,220円 | | 1,359 | 14,731円 | 1,474円 | 2,947円 | 4,420円 |
| 准看護師 | 891 | 9,658円 | 966円 | | 1,932円 | | 2,898円 | | 1,223 | 13,257円 | 1,326円 | 2,652円 | 3,978円 |
| 深夜 | 看護師 | 1,188 | 12,877円 | 1,288円 | | 2,576円 | | 3,864円 | | 1,631 | 17,680円 | 1,768円 | 3,536円 | 5,304円 |
| 准看護師 | 1,070 | 11,598円 | 1,160円 | | 2,320円 | | 3,480円 | | 1,467 | 15,902円 | 1,591円 | 3,181円 | 4,771円 |

**※理学療法士等による訪問の場合**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 理学療法士等による  訪問の場合 | サービス  提供時間数  サービス  提供時間帯 | | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 昼間 | 2回以内/日 | 283 | 3,067円 | 307円 | 614円 | 921円 |
| 2回超/日 | 142 | 1,539円 | 154円 | 308円 | 462円 |
| 早朝  夜間 | 2回以内/日 | 354 | 3,837円 | 384円 | 768円 | 1,152円 |
| 2回超/日 | 178 | 1,929円 | 193円 | 386円 | 579円 |
| 深夜 | 2回以内/日 | 425 | 4,607円 | 461円 | 922円 | 1,383円 |
| 2回超/日 | 213 | 2,308円 | 231円 | 462円 | 693円 |

**※病院又は診療所の場合**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 病院又は診療所の場合 | サービス  　　　　提供時間数  サービス  提供時間帯 | | 20分未満 | | | | | | | 30分未満 | | | | | |
| 基本  単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | | | 基本  単位 | | 利用料 | 利用者負担 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | | 3割負担 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 昼間 | 看護師 | 255 | 2,764円 | 277円 | 553円 | | 830円 | | 381 | | 4,130円 | 413円 | 826円 | 1,239円 |
| 准看護師 | 230 | 2,493円 | 250円 | 499円 | | 748円 | | 343 | | 3,718円 | 372円 | 744円 | 1,116円 |
| 早朝  夜間 | 看護師 | 319 | 3,457円 | 346円 | 692円 | | 1,038円 | | 476 | | 5,159円 | 516円 | 1,032円 | 1,548円 |
| 准看護師 | 288 | 3,121円 | 313円 | 625円 | | 937円 | | 429 | | 4,650円 | 465円 | 930円 | 1,395円 |
| 深夜 | 看護師 | 383 | 4,151円 | 416円 | 831円 | | 1,246円 | | 572 | | 6,200円 | 620円 | 1,240円 | 1,860円 |
| 准看護師 | 345 | 3,739円 | 374円 | 748円 | | 1,122円 | | 515 | | 5,582円 | 559円 | 1,117円 | 1,675円 |
| サービス  提供時間数  サービス  提供時間帯 | | 30分以上1時間未満 | | | | | | | 1時間以上1時間30分未満 | | | | | |
| 基本  単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | | | 基本  単位 | | 利用料 | 利用者負担 | | |
| 1割負担 | 2割負担 | | 3割負担 | | 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 昼間 | 看護師 | 552 | 5,983円 | 599円 | | 1,197円 | | 1,795円 | | 812 | 8,802円 | 881円 | 1,761円 | 2,641円 |
| 准看護師 | 497 | 5,387円 | 539円 | | 1,078円 | | 1,617円 | | 731 | 7,924円 | 793円 | 1,585円 | 2,378円 |
| 早朝  夜間 | 看護師 | 690 | 7,479円 | 748円 | | 1,496円 | | 2,244円 | | 1,015 | 11,002円 | 1,101円 | 2,201円 | 3,301円 |
| 准看護師 | 621 | 6,731円 | 674円 | | 1,347円 | | 2,020円 | | 914 | 9,907円 | 991円 | 1,982円 | 2,973円 |
| 深夜 | 看護師 | 828 | 8,975円 | 898円 | | 1,795円 | | 2,693円 | | 1,218 | 13,203円 | 1,321円 | 2,641円 | 3,961円 |
| 准看護師 | 746 | 8,086円 | 809円 | | 1,618円 | | 2,426円 | | 1,097 | 11,891円 | 1,190円 | 2,379円 | 3,568円 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 提供時間帯名 | 早朝 | 昼間 | 夜間 | 深夜 |
| 時　間　帯 | 午前6時から  午前8時まで | 午前8時から  午後6時まで | 午後6時から  午後10時まで | 午後10時から  午前6時まで |

サービス提供開始時刻が早朝又は夜間の場合は、１回につき所定単位数の25/100、深夜の場合は50/100に相当する単位が加算されます。

* + サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、介護予防サービス計画及び介護予防訪問看護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、利用者の同意を得て、介護予防サービス計画の変更の援助を行うとともに介護予防訪問看護計画の見直しを行います。
  + 退院・退所当日に、特別管理加算対象者又は診療報酬上の取扱いと同様に、主治の医師が必要と認める者に対して指定訪問看護を提供した場合は、介護予防訪問看護費を算定します。
  + 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における１月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定介護予防訪問看護を行った場合は、１回につき上記金額の90/100となります。

　また、当事業所における１月当たりの利用者が同一敷地内建物等に50人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定介護予防訪問看護を行った場合は、１回につき上記金額の85/100となります。

* + 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く。)から、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示（訪問看護ステーションにおいては特別指示書の交付）があった場合は、その交付の日から14日間に限っては、介護保険による介護予防訪問看護費は算定せず、医療保険による訪問看護の提供となります。
  + 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が１日に２回を超えて指定介護予防訪問看護を行った場合は、１回につき上記金額の50／100となります。
  + 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定介護予防訪問看護の利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えて理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による指定介護予防訪問看護を行う場合は、１回につき５単位を所定単位数から減算します。

1. 加算料金

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 | | 基本単位 | 利用料 | 利用者負担 | | | 算定回数等 |
| 1割負担 | 2割負担 | 3割負担 |
| 要支援による区分なし | 緊急時介護予防訪問看護加算 （訪問看護ステーション） | 574 | 6,222円 | 623円 | 1,245円 | 1,867円 | １月につき |
| 緊急時介護予防訪問看護加算 （病院又は診療所） | 315 | 3,414円 | 342円 | 683円 | 1,025円 |
| 特別管理加算（Ⅰ） | 500 | 5,420円 | 542円 | 1,084円 | 1,626円 | １月につき |
| 特別管理加算（Ⅱ） | 250 | 2,710円 | 271円 | 542円 | 813円 |
| 初回加算 | 300 | 3,252円 | 326円 | 651円 | 976円 | 初回のみ１月につき |
| 退院時共同指導加算 | 600 | 6,504円 | 651円 | 1,301円 | 1,952円 | １回につき |
| 複数名訪問加算(Ⅰ) | 254 | 2,753円 | 276円 | 551円 | 826円 | 複数の看護師等が同時に実施した場合　30分未満（１回につき） |
| 402 | 4,357円 | 436円 | 872円 | 1,308円 | 複数の看護師等が同時に実施した場合　30分以上（１回につき） |
| 複数名訪問加算(Ⅱ) | 201 | 2,178円 | 218円 | 436円 | 654円 | 看護師等が看護補助者と同時に実施した場合　30分未満（１回につき） |
| 317 | 3,436円 | 344円 | 688円 | 1,031円 | 看護師等が看護補助者と同時に実施した場合　30分以上（１回につき） |
| 長時間介護予防訪問看護加算 | 300 | 3,252円 | 326円 | 651円 | 976円 | １回につき |
| 看護体制強化加算 | 100 | 1,084円 | 109円 | 217円 | 326円 | １月につき |
| サービス提供体制強化加算（Ⅰ） | 6 | 65円 | 7円 | 13円 | 20円 | １回につき |
|  | サービス提供体制強化加算（Ⅱ） | 3 | 32円 | 4円 | 7円 | 10円 |

* + 緊急時介護予防訪問看護加算は、利用者又はその家族等に対して24時間対応できる体制を整備し、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を行う体制にある旨を説明し、同意を得た場合に算定します。
  + 特別管理加算は、別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対して、指定介護予防訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に加算します。別に厚生労働大臣が定めると別な管理を必要とする状態とは、次のとおりです。

　ア　在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

　イ　在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、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、在宅自己導尿指導管理、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又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

　ウ　人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

　エ　真皮を越える褥瘡の状態

　オ　点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態

特別管理加算(Ⅰ)はアに、特別管理加算(Ⅱ)はイ、ウ、エ又はオに該当する利用者に対して介護予防訪問看護を行った場合に算定します。

* + 初回加算は新規に介護予防訪問看護計画を作成した利用者に対し、指定介護予防訪問看護を行った場合に算定します。また退院時共同指導加算を算定する場合は算定しません。
  + 退院時共同指導加算は、入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等が主治医等と連携し在宅生活での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した後に初回の指定介護予防訪問看護を行った場合に算定します。また初回加算を算定する場合は算定しません。
  + 複数名訪問加算は、同時に複数の看護師等又は看護師等か看護補助者と同時に指定介護予防訪問看護を行う場合(利用者の身体的理由により１人の看護師等による指定介護予防訪問看護が困難と認められる場合等)に算定します。
  + 長時間介護予防訪問看護加算は、特別な管理を必要とする利用者に対して、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に、引き続き指定介護予防訪問看護を行う場合で、１回の時間が１時間30分を超える場合に算定します。
  + 看護体制強化加算は、医療ニーズの高い利用者への指定介護予防訪問看護の提供体制を強化した場合に算定します。
  + サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して指定介護予防訪問看護を行った場合に算定します。
  + 地域区分別の単価(４級地 10.84円)を含んでいます。
  + （利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合）上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、｢領収書｣を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（メモ）上記のうち、サービス内容に相違が無いように該当するサービス及び加算を記載するようにしてください。

４　その他の費用について

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ⑴　交通費 | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。  なお、自動車を使用した場合は（運営規程に記載されている内容を記載する）により請求いたします。 | |
| ⑵　キャンセル料 | サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。 | |
| 24時間前までのご連絡の場合 | キャンセル料は不要です。 |
| 12時間前までにご連絡の場合 | １提供当たりの料金の  〇〇％を請求いたします。 |
| 12時間前までにご連絡のない場合 | １提供当たりの料金の  〇〇％を請求いたします。 |
| ※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。 | | |

（メモ）キャンセル料を請求する、しない及びその徴収率等の設定については、各事業者において決定する事項です。したがって、キャンセル料を請求しない場合には、この条項の記載は不要です。利用者からのキャンセル通知の時間帯区分は、利用者に配慮した時間帯設定として例示では「24時間」を目安時間として掲げています。

５　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等 | ア　利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。  イ　上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月〇日までに利用者宛てにお届け（郵送）します。 |
| ⑵　利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | ア　サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合のうえ、請求月の△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。  (ア)事業者指定口座への振り込み  (イ)利用者指定口座からの自動振替  (ウ)現金支払い  イ　お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。） |

* + 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から２月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

（メモ）⑵のアに記載する支払い方法はあくまで例示ですが、利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の支払方法を採用するようにしてください。

６　担当する看護職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者のご事情により、担当する看護職員の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。 | ア　相談担当者氏名　　　（氏名）  イ　連絡先電話番号　　　（電話番号）  　　同ﾌｧｯｸｽ番号　　 　　（ﾌｧｯｸｽ番号）  ウ　受付日及び受付時間　（受付曜日と時間帯） |

* + 担当する看護職員は、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もございます。あらかじめご了承ください。

（メモ）担当する看護職員の変更に関する利用者の希望については、利用者の立場を配慮して、「変更の可能性の教示」という位置付けで、事業者が積極的に利用者に情報提供すべき事項として本項目を重要事項説明書に記載することにしています。ただし、事業所の人員体制などが制約条件となる可能性があるため、注釈部分（※印）を付記しています。

７　サービスの提供に当たって

1. サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
2. 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
3. 主治の医師の指示並びに利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、｢介護予防訪問看護計画｣を作成します。なお、作成した「介護予防訪問看護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認ください。
4. サービス提供は「介護予防訪問看護計画｣に基づいて行います。なお、「介護予防訪問看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
5. 看護職員に対するサービスの提供に関する具体的な指示や命令は、全て当事業者が行いますが、実際の提供に当たっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

８　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止に関する責任者 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. 従業者に対する虐待防止を啓発･普及するための研修を実施しています。
4. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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します。

（メモ）利用者の人権の擁護、虐待の防止等の観点から、虐待の発生又はその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備、研修の実施、担当者を定めることが令和６年４月１日から義務付けられます。（令和３年４月１日から令和６年３月31日まで努力義務）

９　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| ⑴　利用者及びその家族に関する秘密の保持について | ア　事業者は、利用者又はその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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。  イ　事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。  ウ　また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。  エ　事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| ⑵　個人情報の保護について | ア　事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。  イ　事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもののほか、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。  ウ　事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

10　緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏　　名　　　　　　　　　　　　 続柄  住　　所  電 話 番 号  携 帯 電 話  勤　務　先 |
| 【主治医】 | 医療機関名  氏 名  電 話 番 号 |

（メモ）緊急時の対応方法に掲げる主治医や家族等の連絡先については、本重要事項説明書の内容を全て説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

11　事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する指定介護予防訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 【市町村（保険者）の窓口】  寝屋川市　福祉部　高齢介護室 | 所 在 地　寝屋川市池田西町24番５号  電話番号　072-838-0518(直通)  ﾌｧｯｸｽ番号 072-838-0102(直通)  受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【介護予防支援事業所の窓口】 | 事業所名  所在地  電話番号  担当介護支援専門員 |

（メモ）事故発生時の対応方法に掲げる市町村、介護予防支援事業者等の連絡先については、本重要事項説明書の内容を全て説明し、サービス提供等に関して同意を得た段階（契約の締結の合意が行われたとき）で、利用者に確認しながら項目を記載するようにしてください。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 保険会社名 |  |
| 保険名 |  |
| 補償の概要 |  |

12　身分証携行義務

看護職員は、常に身分証を携行し、利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13　心身の状況の把握

指定介護予防訪問看護の提供に当たっては、介護予防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、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めます。

14　介護予防支援事業者等との連携

⑴　介護予防支援事業者等と密接な連携を行い、指定介護予防訪問看護の提供の開始から終了後に至るまで利用者が継続して保健医療サービス又は福祉サービスを提供できるよう必要な援助に努めます。

　⑵　サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防訪問看護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。

　⑶　サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

15　サービス提供の記録

　⑴　指定介護予防訪問看護を提供した際には、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。

　⑵　指定介護予防訪問看護を提供した際には、提供した具体的なサービス内容等を記録することとし、その記録はサービスを提供した日から５年間保存します。

　⑶　利用者は、事業者に対して、事業者が保存しているサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

　⑷　提供した指定介護予防訪問看護に関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

16　衛生管理等

　⑴　看護職員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。

　⑵　指定介護予防訪問看護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。

（メモ）感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から、委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等が令和６年４月１日から義務付けられます。（令和３年４月１日から令和６年３月31日まで努力義務）

17　指定介護予防訪問看護サービス内容の見積りについて

* このサービス内容の見積りは、あなたの介護予防サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

1. 介護予防訪問看護計画を作成する者

氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　（連絡先：　　　　　　　　　　　　　　）

1. 提供予定の指定介護予防訪問看護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 曜日 | 訪問時間帯 | サービス内容 | 介護保険  適用の有無 | 利用料 | 利用者負担額 |
| 月 | 11:00～11:50 | ○○○○○○○○○○○○ | ○ | ○○○円 | ○○○円 |
| 火 |  |  |  |  |  |
| 水 |  |  |  |  |  |
| 木 | 10:00～10:50 | △△△△△△△△△△△△ | ○ | ○○○円 | ○○○円 |
| 金 |  |  |  |  |  |
| 土 |  |  |  |  |  |
| 日 |  |  |  |  |  |
| １週当たりの利用料、利用者負担額（見積り）合計額 | | | | ○○○円 | ○○○円 |

1. その他の費用

|  |  |
| --- | --- |
| ①交通費の有無 | （有・無の別を記載）サービス提供1回当たり…（金額） |
| ②キャンセル料 | 重要事項説明書４－⑵記載のとおりです。 |

1. １か月当たりのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

|  |  |
| --- | --- |
| お支払い額の目安 | （目安金額の記載） |

* + ここに記載した金額は、この見積りによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

なお、サービス内容の見積りについては、確認ができれば、別途料金表の活用も可能です。

* + この見積りの有効期限は、説明の日から１か月以内とします。

18　サービス提供に関する相談、苦情について

1. 苦情処理の体制及び手順

　　ア　提供した指定介護予防訪問看護に係る利用者及びその家族からの相談並びに苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

　　イ　相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制並びに手順は以下のとおりとします。



指定申請時に提出された「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

1. 苦情申立の窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】  （事業者の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地  電話番号  ﾌｧｯｸｽ番号  受付時間 |
| 【市町村（保険者）の窓口】  　　寝屋川市　福祉部　高齢介護室 | 所 在 地　寝屋川市池田西町24番５号  電話番号　072-838-0518(直通)  ﾌｧｯｸｽ番号 072-838-0102(直通)  受付時間　9：00～17：30(土日祝は休み) |
| 【公的団体の窓口】  大阪府国民健康保険団体連合会 | 所 在 地　大阪市中央区常盤町1丁目３－８  電話番号　06-6949-5418  受付時間　9:00～17:00（土日祝は休み） |

(メモ)利用者が寝屋川市以外の被保険者の場合、当該保険者の窓口を記載してください。

19　重要事項説明の年月日

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年　　　月　　　日 |

上記内容について、「寝屋川市指定居宅サービス事業者等の指定並びに指定居宅サービス等の事業等の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成30年寝屋川市条例第55号）」の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者名 |  |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 |  |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代理人 | 住　所 |  |
| 氏　名 |  |

(メモ)　書面で説明・同意等を行うものについて、原則として、電磁的な対応が認められることになりましたので、押印欄が削除されています。

（メモ）

　　この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び事業者の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び事業者の双方が（署名）記名押印を行います。

　　サービス提供を行うに際しては、介護保険の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことは言うまでもありません。したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつ、サービス提供契約を締結することは、利用者の意思に基づき本人が行うことが原則です。しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。

　　なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解し得る立場の者（例えば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。

　　また、手指の障害などで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。

（例）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用者 | 住　所 | 大阪府○○市△△町１丁目１番１号 |
| 氏　名 | 寝　屋　川　　太　郎　印 |

　　　　　　　　　　　　上記署名は、本町　花子（子）が代行しました。