

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アリス
所在地	福岡県筑紫野市針摺中央1丁目17-18
連絡先	092-555-4171
管理者名	貝原 るり子
サービス種類	訪問看護
介護保険指定番号	4061790129号
サービス提供地域	福岡市、春日市、那珂川市、筑紫野市、太宰府市、大野城市、小郡市、大刀洗町

※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
土曜日	定休日
定休日	土曜日 日曜日

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	貝原 るり子	1名	名	1名
訪問看護師	看護師 14名 准看護師 4名	6名	12名	18名
理学療法士		1名	1名	2名
作業療法士		名	名	0名
言語聴覚士		名	名	0名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情など）

TEL : 090-1163-1972

担当者 : 城 圭介 (株式会社ケアクリエイツ)

受付時間 : 午前 9:00 ~ 午後 5:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市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

株式会社ケアクリエイツが開設する訪問看護ステーション アリス（以下「ステーション」という。）が行う訪問看護及び介護予防訪問看護の事業（以下「事業」という。）は、ステーションの看護師等が、要介護状態及び要支援状態にあり、主治医が指定訪問看護及び介護予防訪問看護の必要を認めた高齢者に対し、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるように支援することを目的とする。

(2) 運営方針

ステーションの看護師等は、要介護者等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医療ができるように支援する。

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、総合的なサービス提供に努めるものとする。

4 利用料金

(1) 利用料金 7. 8 ページ 訪問看護料金表 (介護保険) 参照

(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	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	実施地域以外から片道16km以上	500円
-----	------------------	------

(4) キャンセル料金

① ご利用日の前営業日の17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17時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の50%

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日までに請求しますので、20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

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス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ヶ月前までに、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3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、非該当〔自立〕と認定された場合
※非該当〔自立〕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10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きます。

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、サービスの変更または中止する場合があります。

- ・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、ご利用者様に容態の変化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 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定訪問介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(2 当事業所の連絡窓口 (相談・苦情など))
- イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- ① 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認する。
 - ② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要があると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行う。
 - ① 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をする (利用者へ謝罪に行く、改善の取り組みの報告等)。
 - ② 記録を台帳 (パソコンのデータベース) に保管し、再発防止と今後の改善に役立てる。

【市町村 (保険者) の窓口】 福岡市介護保険課 春日市高齢課 那珂川市高齢者支援課 筑紫野市高齢者支援課 太宰府市高齢者支援課 大野城市介護サービス課 小郡市介護保険課 大刀洗町健康福祉課	福岡市中央区天神 1 丁目 8 の 1 TEL : 092-733-5452 FAX : 092-726-3328 福岡県春日市原町 3-1-5 TEL : 092-584-1122 FAX : 092-584-3090 福岡県那珂川市西隈 1 丁目 1 番 1 号 Tel : 092-953-2211 (代表) FAX : Fax : 092-953-2312 福岡県筑紫野市二日市西一丁目 1 番 1 号 TEL:092-923-1111 (代表) FAX : 092-920-1786 福岡県太宰府市観世音寺一丁目 1 番 1 号 TEL:092-921-2121 (代表) FAX : 092-921-1601 福岡県大野城市あけぼの町 2 丁目 2-1 TEL:092-501-2211 (代表) FAX:092-573-7791 福岡県小郡市小郡 255 番地 1 TEL:0942-72-2111 (代表) FAX:0942-72-2111 福岡県三井郡大刀洗町大字富多 819 TEL:0942-77-2266 (代表) FAX:0942-77-3063
上記以外の市町村 (保険者) の窓口	
【公的団体の窓口】 福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号 092-642-7859

【 会社の概要 】

社 名 株式会社ケアクリエイツ
資本金 10,000,000 円
社員数 64 名 (契約社員含む)
設 立 平成 22 年 6 月
所在地 福岡県久留米市諏訪町 2346 番地 1 ビブレマンション諏訪野 507 号
代表者 代表取締役 城 圭介

【 事業内容 】

訪問看護

【事業者】

住 所：福岡県久留米市諏訪町 2 3 4 6 番地 1 ビブレマンション諏訪野 5 0 7 号
社 名：株式会社ケアクリエイツ
代 表 者： 城 圭 介 印

【事業所】

住 所：福岡県筑紫野市針摺中央 1 丁目 1 7 - 1 8
事業所名：訪問看護ステーションアリス
(指定番号 4061790129)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】 住 所_____

氏 名_____印

【代理人】 住 所_____

氏 名_____印 (続柄 _____)

署名代行理由：

24 時間対応体制における連絡体制について

交付年月日 令和 年 月 日

様

緊急時の連絡先と、24 時間対応体制についてお知らせします。

1. 営業時間内 訪問看護ステーション アリス

電話：092-555-4171

(連絡担当者：管理者 貝原 るり子)

事務所不在時は管理者へ自動転送します。

2. 営業時間外

管理者携帯電話：080-3000-3865

3. 24 時間対応体制について

当事業所では 24 時間スタッフが事業所へ常駐し、連絡のみならず必要に応じて看護師が対応できる体制を取っています。

ご利用者様及びそのご家族様におきましては、緊急時には上記連絡先にご連絡ください。

営業時間 平日午前 9：00～午後 17 時

※土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）は休日となっております

訪問看護ステーション アリス

住所：福岡県筑紫野市針摺中央 1 丁目 17-18

電話：092-555-4171 Fax092-555-4172

訪問看護料金表 (介護保険)

2024. 6改訂

(1) 基本単価 (介護訪問看護費)

サービス提供時間	計 (単位数)	利用者 1割負担額 (円)	利用者 2割負担額 (円)	利用者 3割負担額 (円)
20分未満	314	327	654	981
30分未満	471	490	980	1,470
30分以上1時間未満	823	857	1,714	2,571
1時間以上1時間30分未満	1,128	1,175	2,350	3,525
※理学療法士等 (1回20分) (1日に3回以上の場合は 90/100)	294	306	612	882

(2) 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 (月額料金)

要介護度	単位数	利用者負担額		
		1割	2割	3割
要介護1～4	2,961単位	3,085円	6,170円	9,255円
要介護5	3,761単位	3,918円	7,836円	11,283円

【登録期間が1ヵ月に満たない場合 (日割り)】

要介護度	単位数	利用者負担額		
		1割	2割	3割
要介護1～4	97単位	101円	202円	303円
要介護5	124単位	129円	258円	387円

(3) 基本単価 (介護予防訪問看護費)

サービス提供時間	計 (単位数)	利用者 1割負担額 (円)	利用者 2割負担額 (円)	利用者 3割負担額 (円)
20分未満	303	315	630	945
30分未満	451	469	938	1,407
30分以上1時間未満	794	827	1,654	2,481
1時間以上1時間30分未満	1,090	1,135	2,270	3,405
※理学療法士等 (1回20分) (1日に3回以上の場合は 50/100)	284	295	590	885

※理学療法士等の要支援者への訪問は、開始から1年を越えた際に5単位の減算

(4) 加算減算 (介護報酬)

加算の種類	単位数	自己負担額(1割)	算定単位
緊急時訪問看護加算Ⅰ	600単位	625円	1月につき
特別管理加算(Ⅰ)	500単位	521円	1回につき
特別管理加算(Ⅱ)	250単位	260円	1回につき
初回加算	300単位	312円	1月につき
ターミナルケア加算	2,500単位	2,605円	
退院時共同指導加算	600単位	625円	1月につき
事業所と同一建物の利用者にサービスを行う場合	基本単価の10%を減算 (90/100を算定)		
夜間・早朝加算	基本単価の25%を加算	夜間(18時~22時)、早朝(6時~8時)に訪問看護を行った場合	
深夜加算	基本単価の50%を加算	深夜(22時~6時)に訪問看護を行った場合	
特別指示減算	-97単位	-101円	1日につき

- ※ 利用料金の利用者負担は、その1割又は2割・3割の額となります。
- ※ 筑紫野市は地域区分が7級地となり1単位あたり10,21円となります。
- ※ 自己負担額については端数処理の影響により多少誤差が出る場合があります。

訪問看護利用料金について説明いたしました

年 月 日

株式会社 ケアクリエイツ 訪問看護ステーションアリス

説明者 _____ 印

同意書

私は、訪問看護を受けるにあたり 訪問看護利用料金について説明を受けましたので、同意いたします。

年 月 日

利用者氏名 _____ 印

家族氏名(続柄) _____ 印