

訪問看護ステーション喜仙 重要事項説明書(医療・介護保険)

当事業所はご利用者に対して指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者の概要

法人名	株式会社カラダのミカタ
法人所在地	大阪府大阪市住之江区新北島1丁目1号 オスカードリーム1階
電話番号	0120-549-772
代表者氏名	中野 慎市
設立年月日	平成28年3月11日

2. 事業所の概要

事業所名称	訪問看護ステーション喜仙
サービス種類	指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービス
事業所所在地	大阪府河内長野市昭栄町9-3 2階
電話番号	0721-55-2645 FAX:0721-55-2646
管理者氏名	伏井 マユミ
指定年月日	令和4年3月1日
事業所番号	2760790291

3. 事業所の目的と運営方針

(1) 事業所の目的

健康保険法その他関係法令及び本契約に従い、利用者様に対して看護のサービスを提供し、居宅において利用者様が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。

(2) 当事業所の運営方針

可能な限り自立した日常生活ができるように、機能訓練ならびにその他必要な日常生活上の支援を行います。
心身機能の回復、生活機能の維持向上を図るため、目標を設定し計画的に行います。
利用者の意思、人格を尊重し、立場に立ったサービスを提供します。

4. 事業実施地域および営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

河内長野市 大阪狭山市 和泉市 富田林市 南河内郡(太子町 河南町 千早赤阪村)

(2) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ※土、日は相談に応じて実施
休業日	土曜日 日曜日 12月30日～1月3日
営業時間	8:30～17:30
サービス提供時間	9:00～17:00

※営業時間外でも電話等により24時間常時連絡が可能な体制をとっています。

5. 職員の配置状況と勤務体制及び職種別サービス内容

<配置>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。常勤換算 2.8 人

職種	常勤	非常勤	サービス内容
管理者・看護師 (兼務)	1名	0名	業務の実施状況の把握、業務・従業者の管理
看護師	1名	2名	病状、障害の観察・清拭や洗髪による清潔の保持(入浴支援)・食事、排泄のコントロール・床ずれ予防、処置・ターミナルケア・認知症の看護・療養生活や介護方法指導、その他医師の指示による医療処置・緊急時対応
リハビリ職員 (理学・作業療法士)	2名	1名	日常生活を営むのに必要な機能の維持、改善を目標に個々の状況に応じたリハビリメニューの作成・実施。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

※訪問看護サービスに開始にあたり、訪問看護にかかる加算等についての説明を受け同意したものとします。

(1) 医療保険利用の場合

月の初日: 訪問看護管理療養費 + 訪問看護基本療養費

月の2日目以降: 訪問看護管理療養費 + 訪問看護基本療養費 + ○○加算

		利用者負担額		
		1割	2割	3割
訪問看護管理療養費	月の初日	767円	1,534円	2,301円
	月の2日目以降	300円	600円	900円
訪問看護基本療養費	週3日目まで	560円	1,110円	1,670円
	週4日目以降	660円	1,130円	1,970円
精神科訪問看護療養費	週3日目まで 30分未満	430円	850円	1,280円
	週3日目まで 30分以上	560円	1,110円	1,670円
	週4日目まで 30分未満	510円	1,020円	1,530円
	週4日目まで 30分以上	660円	1,310円	1,970円
乳幼児加算	(6歳未満)	150円	300円	450円
複数名訪問看護加算(看護師)	週1回 1日につき	450円	900円	1,350円
□難病等複数回訪問加算	1日2回	450円	900円	1,350円
	1日3回以上	800円	1,600円	2,400円
□早朝・夜間加算	18時～22時 6時～8時	210円	420円	630円
□深夜加算	22時～6時	420円	840円	1,260円
□24時間対応体制加算	1か月に1回	652円	1,304円	1,956円
□情報提供療養費	1か月に1回	150円	300円	450円

<病状によって下記の料金が追加>

□緊急訪問看護加算	月 14 日目まで	270 円	530 円	800 円
	月 15 日目以降	200 円	400 円	600 円
□特別訪問看護加算 (状態により I または II)	I	521 円	1,042 円	1,563 円
	II	261 円	521 円	782 円
□特別管理加算		200 円	400 円	600 円
□退院時共同指導加算	1 か月につき	625 円	1,250 円	1,876 円
□退院時支援指導加算	週 4 回以上訪問できる方	600 円	1,200 円	1,800 円
□在宅患者連携指導加算	1 か月につき	300 円	600 円	900 円
□在宅患者緊急等カンファレンス加算	1 月につき 2 回	200 円	400 円	600 円
□長時間訪問看護加算	週 1 回まで	313 円	625 円	938 円
□ターミナル療養費		2,605 円	5,210 円	7,815 円
死後の処置費用	エンゼルケア	15,000 円		

(2)介護保険利用の場合

<要介護者>

	利用者負担額		
	1 割	2 割	3 割
20 分未満	327 円	654 円	982 円
30 分未満	491 円	982 円	1,472 円
30 分以上 60 分未満	858 円	1,715 円	2,573 円
60 分以上 90 分未満	1,175 円	2,351 円	3,526 円
※1 回 20 分 (40 分)	306 円 (612 円)	612 円 (1,224 円)	919 円 (1,838 円)
※1 回 60 分	825 円	1,650 円	2,475 円

<要支援者>

	利用者負担額		
	1 割	2 割	3 割
20 分未満	315 円	631 円	947 円
30 分未満	469 円	939 円	1,409 円
30 分以上 60 分未満	827 円	1,654 円	2,482 円
60 分以上 90 分未満	1,135 円	2,271 円	3,407 円
※1 回 20 分 (40 分)	295 円 (590 円)	591 円 (1,182 円)	887 円 (1,774 円)

※リハビリ職員による訪問の場合

○夜間(18 時～22 時)または早朝(6 時～8 時)の訪問の場合 上記料金の 25%増

○深夜(22 時～6 時)の訪問の場合 上記料金の 50%増

<病状によって下記の料金が加算>

		利用者負担額		
		1割	2割	3割
□特別訪問看護加算	利用者の状態によりⅠまたはⅡ	521円	1,042円	1,563円
		261円	521円	782円
□ターミナルケア加算		2,605円	5,210円	7,815円
□複数名訪問加算 (30分未満)		265円	529円	794円
□複数名訪問加算 (30分以上)		419円	838円	1,257円
□長期間訪問看護加算 (所要時間の通算時間が1時間30分を超えた場合)		313円	625円	938円
□初回加算	Ⅰ	365円	729円	1,094円
	Ⅱ	313円	625円	938円
□退院時共同指導加算		625円	1,250円	1,876円
□緊急時訪問看護加算		598円	1,196円	1,794円
死後の処置費用	エンゼルケア	10,000円		

(3) 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算しご請求します。翌月15日までにいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 事業所窓口での現金支払い
- ② 口座振替
- ③ 下記の指定口座への振り込み

楽天銀行 第三営業支店 普通口座 口座番号 7031088 カ) カラダノミカタ カイゴフクシジギョウブ
--

(4) 利用の中止、変更、追加

利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がなく、支払い期日から2か月以上遅延し、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。利用の変更・追加の希望がありましたら当事業所にご相談ください。

(5) 自己負担額上限管理表

難病法に基づく医療費助成制度を受けられている利用者においては、自己負担額計算のため、当月の最終訪問日に自己負担上限額管理票をご提示ください、写真かコピーをとらせて頂きます。

7. 高齢者虐待防止について

事業所は利用者の権利擁護、虐待の発生を防止するための次のような措置を講じるものとする。

- ①虐待防止対策を検討する委員会を定期的に開催とともに、その結果について従業者に周知徹底を図る
- ②虐待防止及び身体拘束のための指針の整備
- ③虐待を防止するため及び身体拘束等の適正化のための定期的な研修の実施
- ④苦情解決体制の整備
- ⑤虐待防止及び身体拘束のための担当責任者の設置

※サービス提供中に虐待を受けたと思われる利用者を発見したときは速やかに市町村に通報するものとする。

8. 秘密保持と個人情報の保護(使用同意)について

事業所及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及び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。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。事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議当において利用者およびその家族の個人情報を用いません。

事業者は、介護分野および予防医学等の学術発展のため、サービス提供の際に測定等を行ったデータを分析して学術雑誌等に発表することがあります。この際にはご利用者の個人情報が特定できないように暗号処理したデータを取り扱います。また、これに同意できない場合は発表用のデータとして用いません。

9. 事故発生時の対応について

サービス提供中に何らかの事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族や主治医等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、サービス提供中に賠償すべき事故が発生した場合は、介護事業者賠償責任保険の適応に基づき損害賠償をいたします。

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	全国訪問看護事業協会
保険名	訪問看護事業者総合保障制度
補償の概要	事業者が業務で起因して利用者に身体障害を与え財物を滅失、破損した結果法律上の損害賠償を負った場合に保障します。

10. 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。

- ①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
- ②利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③利用者の同居家族に対するサービス提供
- ④利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤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)
- ⑥その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

11. 衛生管理について

看護職員の清潔の保持および健康状態について必要な管理を行います。

指定訪問看護事業所の設備および備品等について、衛生的な管理に努めます。

感染対策の観点から、看護職員の更衣や洗面所(手洗い、うがい)を使用させていただくことがあります。

12. 苦情処理の体制および手順

苦情またはご相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するために、必要に応じて訪問し、譲許の聞き取りや事情の確認を行います。担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い当面及び今後の対応を決定します。

【苦情申立の窓口】

【事業者の窓口】 (訪問看護ステーション伏井 マユミ)	所在地 大阪府河内長野市昭栄町9-3 2階 電話番号 0721-55-2645 ファックス番号 0721-55-2646 受付時間 9:00～17:00
【市町村（保険者）の窓口】 利用者の居宅がある市町村 (南河内広域連合)	所在地 大阪府富田林市寿町2-6-1 電話番号 0721-20-1199 ファックス番号 0721-20-1202 受付時間 9:00～17:30
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府大阪市中央区常磐町1-3-8 電話番号 06-6949-5247 ファックス番号 06-6949-5417 受付時間 9:00～17:00

13. 自然災害における業務継続計画について

災害や緊急事態が発生した場合でも、できる限り安定したサービスを提供できるように事業継続計画(BCP)を策定しています。BCPとは、予期しない事態が発生した際に事業を継続するための計画をしています。

以下の内容が含まれます:

- (1) 緊急連絡先の確保: 緊急時には、事前にお知らせしている連絡先にご連絡ください。
- (2) 代替サービスの提供: 通常の訪問が困難な場合でも、電話相談やオンラインでのサポートを行います。
- (3) スタッフの配置: 必要に応じて、他のスタッフが対応します。
- (4) 医療物資の備蓄: 緊急時にも必要な医療物資先を確保します。

※台風や地震、停電時など災害発生時には、連絡なしで訪問の予定を中止・変更する場合があります。

また訪問が行える場合でも、まずスタッフの安全が確保できた段階での訪問になります。加えて生命に関わる医療的処置が必要な方を優先して訪問しますのでご了承ください。

新型コロナウイルス等の感染症が発生した場合は、訪問のキャンセルや別日への変更。また必要に応じて別スタッフが感染予防対策を行った後、訪問させていただくことがあります。

14. 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、速やかに下記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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

また必要に応じて自宅の電話や電化製品、タオル類等を私用させていただくことがあります。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

令和 年 月 日

指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービスの開始に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

氏名(職員) _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービスの開始に同意しました。

住所(本人)

氏名(本人)

住所(代理人)

氏名(代理人)

続柄: