

重要事項説明書

(訪問看護)

利用者： _____ 様

医療法人社団 創生会
花憩庵訪問看護ステーション

1. 当センターが提供するサービスについての相談窓口

電 話 (0197-42-5001) (月～土曜日 9:00～17:00)

責任者 _____

※ ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 訪問看護ステーションの概要

(1) 事業所の所在地及びサービス提供地域

事業所名	花憩庵訪問看護ステーション
所在地	岩手県胆沢郡金ケ崎町西根谷来浦46番地1
事業所の指定番号	訪問看護 (岩手県 0362590036)
サービスを提供する実施地域	金ケ崎町、奥州市、北上市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員体制

資 格	常勤専従	常勤兼務	非常勤	計
看護師	1名	1名	2名	4名
准看護師	0名	1名	1名	2名

(3) 営業時間

月～土曜日 午前9時から午後5時まで

※休業日：日曜・祝祭日・12月30日～1月3日（緊急時は24時間体制）

(4) サービス提供の時間帯

	早朝 6:00～8:00	通常時間帯 8:00～18:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00
営業日	△	○	△	△
休業日	△	△	△	△

※時間帯により料金が異なります。

※○印は、通常対応します。△印は、ご利用者様と相談し対応します。

緊急時は全て対応します

3. 運営方針

- (1) ステーションは、訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な住宅療養ができるよう努めます。
- (2) ステーションは事業の運営に当たって、必要なときに必要な訪問看護の提供ができるように努めるものとします。
- (3) ステーションは事業の実施に当たって、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する。

4. サービス内容

- (1) 訪問看護計画の作成

主治の医師の指示並びにご利用様に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、ご利用様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訪問看護計画を作成します。

(2) 訪問看護の提供

ご利用様が、住み慣れた地域やご家庭で、その人らしく療養生活を送れるように、看護職員等が居宅へ訪問し、病状や療養生活を看護の専門家の目で見守り、適切な判断に基づいた看護ケアとアドバイスを提供し、自立への援助を促しながら、療養生活を支援します。

5. サービス従業者の禁止行為

サービス従業者はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ②ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ご利用者様の同居家族様に対するサービス提供
- ④ご利用者様の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤身体的拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様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その他ご利用者様又はご家族様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

6. 利用料金

(1) 基本料金（通常時間帯）

サービス提供区分	ご利用者様負担額		
	1 割	2 割	3 割
20分未満	314円	628円	942円
20分以上～30分未満	471円	942円	1,413円
30分以上～1時間未満	823円	1,646円	2,469円
1時間以上～1時間30分未満	1,128円	2,256円	3,384円

- ① 基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ② 准看護師によるサービス提供の場合は、前頁金額の9割の料金となります。
- ③ 上表の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ご利用者様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。
- ④ 介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(3) 加算等

加算名称		ご利用者様負担		算定回数等
初回加算 (Ⅰ)		1 割	3 5 0 円	初回が退院日
		2 割	7 0 0 円	
		3 割	1, 0 5 0 円	
初回加算 (Ⅱ)		1 割	3 0 0 円	初回が退院日以外
		2 割	6 0 0 円	
		3 割	9 0 0 円	
特別管理加算 (Ⅰ)		1 割	5 0 0 円	1 月につき
		2 割	1, 0 0 0 円	
		3 割	1, 5 0 0 円	
特別管理加算 (Ⅱ)		1 割	2 5 0 円	1 月につき
		2 割	5 0 0 円	
		3 割	7 5 0 円	
緊急時訪問看護加算 (Ⅰ)		1 割	6 0 0 円	1 月につき
		2 割	1, 2 0 0 円	
		3 割	1, 8 0 0 円	
ターミナルケア加算		1 割	2, 5 0 0 円	死亡月
		2 割	5, 0 0 0 円	
		3 割	7, 5 0 0 円	
複数名訪問加算	看護師 2 名 3 0 分未満	1 割	2 5 4 円	1 回につき
		2 割	5 0 8 円	
		3 割	7 6 2 円	
	看護師 2 名 3 0 分以上	1 割	4 0 2 円	
		2 割	8 0 4 円	
		3 割	1, 2 0 6 円	
	看護補助者と 3 0 分未満	1 割	2 0 1 円	
		2 割	4 0 2 円	
		3 割	6 0 3 円	
	看護補助者と 3 0 分以上	1 割	3 1 7 円	
		2 割	6 3 4 円	
		3 割	9 5 1 円	
退院時共同指導加算		1 割	6 0 0 円	1 回につき
		2 割	1, 2 0 0 円	
		3 割	1, 8 0 0 円	
サービス提供体制加算 (Ⅰ)		1 割	6 円	1 回につき
		2 割	1 2 円	
		3 割	1 8 円	

同一建物減算	介護報酬の10%減算
--------	------------

- ① 訪問看護として行われる死後の処理 11,000円（介護保険外）

（３）交通費

サービスを提供する実施地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、サービス従業者が訪問するため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次のとおり請求いたします。

- ア) 事業所から、片道概ね15キロメートル未満 500円
イ) 事業所から、片道概ね15キロメートル以上 700円

（４）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いたします。

① 24時間前までご連絡の場合

キャンセル料はいただきません。

② 24時間前までご連絡のない場合

1 提供当たりの料金（10割負担）を請求させていただきます。

ただし、ご利用者様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。

（５）その他

居宅においてサービス従業者がサービスを実施するために使用する水道、ガス、電気、電話の費用は、ご利用者様のご負担となります。

7. 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

（１）請求方法

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。

上記に係る請求書は、利用月の翌月15日までにご利用者様あてにお届けします。

（２）支払方法

利用料等のお支払いは、原則、ご利用者様指定口座からの自動振替となります。

口座振替日は、毎月27日となります。（27日が休日の場合は翌営業日）

※口座振込、現金でのお支払いについては事業所にご相談ください。

（３）その他

施設の利用料金は、介護保険負担割合証に記載されたご利用者様負担の割合に応じてご利用者様負担をお支払いいただきます（法定代理受領サービス）。

介護保険料の滞納等により、法定代理受領サービスが受けられない場合があります。その場合は、いったん介護報酬に定められた額の全額をお支払いいただき、サービス提供証明書を発行いたします。この証明書を後日住居地の市町村の介護保険窓口に提出されますと、払い戻しを受けることができます。

8. サービスの終了

(1) ご利用者様の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週間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

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの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1ヶ月までに文書で通知いたします。

(3) 自動終了

次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。

① ご利用者様が介護保健施設に入所した場合

② ご利用者様が特定施設入居者生活介護、小規模多機能型居宅介護、又は認知症対応型共同生活介護を受けることとなった場合

③ ご利用者様の要介護認定区分が、非該当（自立）、事業対象者又は要支援と認定された場合 ※この場合、条件を変更して再度契約することができます

④ ご利用者様が死亡した場合

(4) その他

ご利用者様又はご家族様が当事業所や当事業所のサービス従業者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、サービスを終了させていただく場合があります。

9. 緊急時の対応方法

サービス提供中に、ご利用者様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、ご利用者様が予め指定する連絡先にも連絡します。

10. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、ご家族様、居宅介護支援事業者等に連絡すると同時に、必要な措置を講じます。

(2) サービス提供により、賠償すべき事故が生じた場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. 衛生管理等

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) 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概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

(2) 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。

(3) 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。

12. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者 所長 中村 久美子

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

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ご利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

13. 個人情報の保護

(1) 事業者、サービス従業者および事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者様およびそのご家族様に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、ご利用者様の有する問題や解決すべき課題に対応するサービス担当者会議等において、情報を共有するために個人情報を用いることを、本契約をもって同意とみなします。

14. 身分証携行義務

サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者様又はご家族様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。

15. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の窓口

当センターのサービスに関するご相談・苦情についてのご相談・苦情を承ります。前記の相談窓口までお申し出ください。

(2) その他の窓口

当事業所以外に県・国保連・市町村の介護保険担当課に苦情を伝えることができます。

【県・国保連】

①岩手県保健福祉部 019-629-5435（長寿社会課）

②岩手県国民健康保険団体連合会 019-604-6700（介護保険課）

【当事業所がサービスを提供する実施地域の市町村】

③金ケ崎町 0197-44-4560（保健福祉センター）

④奥州市 0197-24-2111（代表）

⑤北上市 0197-64-2111（代表）

16. 業務継続計画の策定等について

(1) 感染症や非常災害の発生時において、ご利用者様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。

17. 当法人の概要

法人種別・名称 医療法人社団 創生会
所在地・電話 岩手県奥州市水沢佐倉河字慶徳27番地1
理事長 上田 雅道 電話 0197-24-4148

- 事業内容
- ① 医療法人社団創生会おとめがわ病院
 - ② 水沢老人保健施設興生園
 - ③ 興生園介護サービスセンター
 - ④ 花憩庵クリニック
 - ⑤ 花憩庵デイケアセンター
 - ⑥ 花憩庵訪問看護ステーション
 - ⑦ 花憩庵訪問介護センター
 - ⑧ 花憩庵指定居宅介護支援事業所
 - ⑨ 住宅型有料老人ホーム花憩庵
- ※岩手県内の事業のみ表示

令和 年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

事業所 所在地 岩手県胆沢郡金ヶ崎町西根谷来浦 4 6 番地 1

名 称 花憩庵訪問看護ステーション

説明者 氏 名 印

私は、本書面により事業者から訪問看護についての重要な事項の説明を受けました。

ご利用者様

住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

(代理人)

住所 _____

氏 名 _____ 印 _____