

管理番号 No. _____

重要事項説明書

(訪問看護)

利用者： _____ 様

事業者： 合同会社ミライ _____

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ひだまり
所在地	大阪府茨木市駅前1丁目4-15-1
連絡先	072-631-7701
管理者名	平田 藍子
サービス種類	訪問看護
介護保険指定番号	2764290595 号
サービス提供地域	茨木市 高槻市

※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18:00
土曜日	
定休日	土日・祝日

(3) 職員体制

	資格	職員数
管理者	正看護師 グリーフケア2級 リンパマッサージ	1名
看護師	正看護師	2.5名以上
理学療法士		0名
作業療法士		1名
言語聴覚士		0名

2 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを、24時間体制で提供します。訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

3 利用料金

(1) 利用料金

【看護師の訪問】

サービス所要時間	単位	基本料金		夜間・早朝料金	深夜料金
20分未満	314単位	3359円(10割)	335円(1割)	+25%円	+50%円
		671円(2割)	1007円(3割)		
30分未満	471単位	5039円(10割)	503円(1割)	+25%円	+50%円
		1007円(2割)	1511円(3割)		
30分以上1時間未満	823単位	8806円(10割)	880円(1割)	+25%円	+50%円
		1761円(2割)	2641円(3割)		
1時間以上1時間30分未満	1128単位	12069円(10割)	1206円(1割)	+25%円	+50%円
		2413円(2割)	3620円(3割)		

【理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問】

サービス所要時間	単位	基本料金		夜間・早朝料金	深夜料金
20分	294単位	3145円(10割)	314円(1割)	+25%円	+50%円
		629円(2割)	943円(3割)		
40分	588単位	6291円(10割)	629円(1割)	+25%円	+50%円
		1258円(2割)	1887円(3割)		
60分	795単位	8506円(10割)	850円(1割)	+25%円	+50%円
		1701円(2割)	2551円(3割)		

※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。

○サービスの加算料金

加算項目	単位	基本料金	
初回加算(Ⅰ)	350単位	3745円(10割)	374円(1割)
		749円(2割)	1123円(3割)
初回加算(Ⅱ)	300単位	3210円(10割)	321円(1割)
		642円(2割)	963円(3割)
特別管理加算(Ⅰ)(1月につき)	500単位	5350円(10割)	535円(1割)
		1070円(2割)	1605円(3割)
特別管理加算(Ⅱ)(1月につき)	250単位	2675円(10割)	267円(1割)
		535円(2割)	802円(3割)
緊急時介護予防訪問看護加算(Ⅰ)(1月につき)	600単位	6420円(10割)	642円(1割)
		1284円(2割)	1926円(3割)
緊急時介護予防訪問看護加算(Ⅱ)(1月につき)	574単位	6141円(10割)	614円(1割)
		1228円(2割)	1842円(3割)
ターミナルケア加算(死亡月)	2500単位	21400円(10割)	2140円(1割)
		4280円(2割)	6420円(3割)
複数名訪問加算	所要時間30分未満の場合	254単位	2717円(10割) 271円(1割) 543円(2割) 815円(3割)
	所要時間30分以上の場合	402単位	4301円(10割) 430円(1割) 860円(2割) 1290円(3割)

長時間訪問看護加算	300単位	3210円(10割) 321円(1割) 642円(2割) 963円(3割)
退院時共同指導加算	600単位	6420円(10割) 642円(1割) 1284円(2割) 1926円(3割)

※長時間訪問看護加算は、指定訪問看護に関して、特別な管理が必要な利用者に対し、所要時間が1時間以上1時間30分未満の指定訪問看護を行った後、引き続き指定訪問看護を行った場合であり、当該指定訪問看護の所要時間を通算したときに1時間30分以上になる場合、1回につき300単位を所定単位数に加算する。

<1ヶ月の利用料の目安>

単位 × 【サービス利用回数】 × 利用者負担割合 = 合計 ① 円

↓

 ① 円 + 【加算料金】 + 【保険外費用】 = 利用料金合計 円

(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	0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	1kmにつき	0円
-----	--------	----

(4) キャンセル料金

①ご利用日の前営業日の18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18時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

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20日までに請求しますので、26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。

4 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4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

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1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2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7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く場合があります。

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。

5 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

6 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) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当責任者	管理者 平田 藍子
---------------	-----------

- (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・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

7 秘密の保持と個人情報の保護について

<p>① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p>	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「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、適切な取扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」という。）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。</p> <p>③ 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。</p> <p>④ 事業者は、従業員に、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、従業員である期間及び従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 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等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予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ぬ。</p> <p>② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、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。</p> <p>③ 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、追加また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。）</p>

8 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

9 衛生管理等

- (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設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 訪問介護員等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。
- (5) 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。

10 サービス提供に関する相談、苦情について

苦情申立の窓口

訪問看護ステーションひだまり	所在地：大阪府茨木市駅前1丁目4-15-1 電話番号：072-631-7701 FAX：072-631-7702 受付時間：9:00～18:00
茨木市健康医療部長寿介護課	所在地：大阪府茨木市駅前三丁目8番13号 茨木市役所本館2階（14番-①・②窓口） 電話番号：072-620-1637 FAX：072-622-5950 受付時間：8:45～17:15（土日祝休み）
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地：大阪府中央区常盤町一丁目3番8号中央 大通FNビル 電話番号：06-6949-5418 受付時間：9:00～17:00（土日祝休み）

11 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、ご利用者様に容体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	
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		
緊急時対応		希望する・希望しない

【会社の概要】

社名 合同会社ミライ
社員数 10名（契約社員含む）
設立 令和3年1月
所在地 大阪府茨木市駅前1丁目4-15-1
代表者 平田 藍子

【事業内容】

訪問看護

【事業者】

住所： 大阪府茨木市駅前1丁目4-15-1
社名： 合同会社ミライ
代表者： 平田 藍子

印

【事業所】

住所： 大阪府茨木市駅前1丁目4-15-1
事業所名： 訪問看護ステーションひだまり
(指定番号 42-90595)

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：