

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護)

様

事業者：株式会社ケアファム

事業所：ケアコネクション訪問看護事業所

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	ケアコネクション訪問看護事業所		
所在地	彦根市竹ヶ鼻町124-3 プレステージIテナントB		
連絡先	0749-47-3950		
管理者名	白川 絵美		
サービス種類	訪問看護		
介護保険指定番号		医療機関コード	
サービス提供地域	愛荘町（旧愛知川町）、彦根市、甲良町、多賀町、豊郷町		

※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・土日祝	午前8:00～午後18:00
定休日	12/30～1/3
サービス提供日	月、火、水、木、金、土、日
サービス提供時間	24時間

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名	名	1名
看護師	看護師（1名は管理者兼務）、准看護師	4名	名	4名
理学療法士		名	名	名
作業療法士		1名	名	1名
言語聴覚士		名	名	名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0749-47-3950

担当部署：ケアコネクション訪問看護事業所

担当者：白川 絵美

受付時間：午前8:00～午後18:00

*ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市町でも受付けております。

東近江市役所長寿福祉課	電話番号：0748-24-5645
愛荘町役場 福祉課	電話番号：0749-42-7691
彦根市役所介護福祉課	電話番号：0749-23-9660
甲良町役場 保健福祉課	電話番号：0749-38-5151
多賀町役場 福祉保健課	電話番号：0749-48-8115
豊郷町 医療保険課	電話番号：0749-35-8117
滋賀県国民健康保険団体連合会 （介護保険苦情専用）	電話番号：077-522-0065

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

1. (介護保険)

要介護状態と認定された方に対し、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。

要支援状態と認定された方に対し、要支援状態の維持または改善を図り、要介護状態となることを予防し、利用者の心身機能の維持回復、生活機能の維持または向上を目指します。

(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。

4 利用料金

(1) 利用料金 (介護保険利用)

<訪問看護>

サービス所要時間	一回の基本料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	328円	655円	982円
30分未満	491円	982円	1473円
30分以上1時間未満	858円	1715円	2573円
1時間以上1時間30分未満	1176円	2351円	3526円

※准看護師による訪問の場合は、上記金額の90%にて算定させていただきます。

※早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後10時）は25%増、深夜（午後10時～午前6時）は50%増。ただし緊急時訪問の場合は2回目以降の加算となる。

<予防訪問看護>

サービス所要時間	一回の基本料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
20分未満	316円	632円	948円
30分未満	470円	940円	1410円
30分以上1時間未満	828円	1655円	2482円
1時間以上1時間30分未満	1136円	2272円	3408円

※准看護師による訪問の場合は、上記金額の90%にて算定させていただきます。

※早朝（午前6時～午前8時）、夜間（午後6時～午後10時）は25%増、深夜（午後10時～午前6時）は50%増。ただし緊急時訪問の場合は2回目以降の加算となる。

<加算>	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算Ⅰ	365円	730円	1095円
初回加算Ⅱ	313円	626円	938円
特別管理加算（Ⅰ）	521円	1042円	1563円
特別管理加算（Ⅱ）	261円	521円	782円
緊急時訪問看護加算Ⅰ	626円	1251円	1876円
ターミナルケア加算	2605円	5210円	7815円
退院時共同指導加算	626円	1251円	1876円

- ※1 1) 新規に訪問看護計画を作成し、訪問看護を提供した場合
 2) 退院時共同指導加算を算定しない場合
 3) 過去2ヵ月間にその訪問看護事業所から訪問看護の提供を受けていない場合で、新たに訪問看護計画書を作成した場合
 4) 要介護から要支援（逆も同じ）に変わった場合
 5) 病院、診療所などから退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合はⅠを病院、診療所などから退院した翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合にはⅡを算定
- ※2 1) 月1回算定可能
 2) 悪性腫瘍患者、気管切開患者で医師より指導管理を受けている状態にある方
 3) 気管カニューレ、または留置カテーテル使用している状態にある方
- ※3 1) 月1回算定可能
 2) 自己腹膜灌流・血液透析・酸素療法・中心静脈栄養法・成分栄養経管栄養法・自己導尿・持続陽圧呼吸療法・自己疼痛・肺高血圧症患者
 ※上記で医師より指導管理を受けている状態にある方
 3) 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方
 4) 重度の褥瘡（真皮を超える褥瘡）の状態にある方
 5) 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にある方
- ※4 1) 電話などにより看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合
 2) 月1回算定可能
 3) 1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、夜間、早朝、深夜の訪問看護に係る加算を算定可能
- ※5 1) 亡くなる前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施している場合に1回限り算定可能
 2) 介護予防訪問看護は算定出来ない
- ※6 1) 入院中、入所中の方が退院、退所する際に、訪問看護事業所の看護師等が主治医などと連携して在宅生活での療養上必要な指導を行った場合
 2) 月1回の算定であるが、特別管理加算を算定出来る状態の方は月2回算定出来る（複数日であること）
 3) 初回加算を算定する場合は算定出来ない

<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	一回の基本料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
20分	307円	613円	919円
40分	613円	1226円	1838円
60分	829円	1657円	2485円

<理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問（予防）>

サービス所要時間	一回の基本料金		
	1割負担	2割負担	3割負担
20分	296円	592円	888円
40分	592円	1184円	1776円

60分	444円	888円	1332円
-----	------	------	-------

※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。

(2) 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	通常の事業の実施区域を超えた地点から2km未満	無料
	通常の事業の実施区域を超えた地点から2km以上	1km×140円

(3) キャンセルについて

キャンセルをされる場合は、訪問前日の午後4時30分までにご連絡していただきますようお願いいたします。午後4時30分を過ぎてご連絡いただいた場合は、本来予定していた料金をキャンセル料としてご負担して頂きます。

(4) 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日以降に請求しますので、請求月の26日までにあらかじめ指定頂きました金融機関の口座よりお引き落としさせていただきます。

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15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・ケガ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、ご利用者様に容体の変化などがあつた場合は、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡の上対応いたします。

7 相談・苦情対応

利用者からの相談、苦情等に関する窓口を設置し、指定訪問看護、介護予防訪問看護に関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応いたします。窓口につきましては、第2条をご参照ください。事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から5年間保存いたします。

8 虐待防止に関する事項

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定します。
虐待防止に関する責任者：白川 絵美
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (4) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めるものとします。
- (6) 高齢者虐待防止のための指針を整備します

9 衛生管理など追加

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) 事業所における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ます。
- (2) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (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。

10 業務継続計画の策定について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援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) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

11 第三者評価の実施状況

実施している	実施していない
【実施日： 年 月 日】	【評価機関名： 】
【結果の開示状況：	】

12 ハラスメントについて

(1) 事業所は、適切な指定訪問看護の提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害される事を防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとします。

(2) ハラスメントは、介護サービスの提供を困難にし、関わった従業者の心身に悪影響を与えます。下記のような行為があった場合、状況によっては重要事項説明書に基づき介護サービスの提供を停止させていただく場合があります。

- ①性的な話をする、必要もなく手を触る等のセクシュアルハラスメント等
- ②特定の従業者に嫌がらせをする、理不尽なサービスを要求する等精神的暴力
- ③叩く、つねる、払いのける等の身体的暴力。
- ④長時間の電話、従業者や事業所に対して理不尽な苦情を申し立てる等の、その他行為

【事業内容】

訪問看護

【開設者】

住 所：彦根市竹ヶ鼻町124-3 プレステージIテナントB
名 称：株式会社ケアファム
代表取締役： 白川 絵美

【事業所】

住 所：彦根市竹ヶ鼻町124-3 プレステージIテナントB
事業所名：ケアコネクション訪問看護事業所
管理者： 白川 絵美

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

【本人】住 所_____

氏 名_____ (自署)

【代理人】住 所_____

氏 名_____ (自署)

(続柄)