

印

重要事項説明書

(介護予防訪問看護)

利用者： _____ 様

事業者： 医療法人整友会 整友会訪問看護ステーション

介護予防訪問看護重要事項説明書

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

下記内容について、「吹田市介護保険法施行条例(平成 25 年吹田市条例第 7 号)第 5 条に定める指定介護予防サービス等の事業の人員、設備、運営及び支援の方法に関する基準」に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	大阪府吹田市岸部北3丁目 1 番26号
	法人名	医療法人 整友会
	代表者名	理事長 財田 滋穂 印
	事業所名	整友会訪問看護ステーション
	指定番号	大阪府指定 2761690623
	事業所管理者氏名	中村 映美
	説明者氏名	

下記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	印

代 理 人	住 所	
	氏 名	印

介護予防訪問看護サービスについて、契約を締結する前に理解していただく内容を説明致します。
ご不明な点があれば、遠慮なく質問をしてください。

1 介護予防訪問看護サービスを提供する事業者

事業者名称	医療法人 整友会
代表者氏名	理事長 財田 滋穂
本社所在地 (連絡先及び電話番号)	大阪府吹田市岸部北 3 丁目1番26号 TEL 06-6387-0981 FAX 06-6387-0913
法人設立年月日	昭和56年3月3日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所

(1) 事業者の所在地等

事業者名称	医療法人 整友会 整友会訪問看護ステーション
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2761690623
事業所所在地	大阪府吹田市岸部北 3 丁目1番26号
連絡先 相談者担当者名	なかむら えみ 管理者名 中村 映美 TEL 06-6387-7737 FAX 06-6387-5558
事業所の通常の 事業の実施地域	吹田市・摂津市・豊中市・茨木市・大阪市東淀川区

(2)事業の目的

運営目的	要支援状態にある利用者に対し、指定介護予防訪問看護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意志及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定介護予防訪問看護の提供を確保することを目的とします。
------	---

(3)事業の運営方針

運営方針	利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるように配慮して、療養生活を支援し心身機能の維持回復を図ります。事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 市町村、居宅介護支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めるものとします。
------	--

(4)事業所の職員体制

職 種	職務内容	常勤	非常勤
管 理 者	管理業務全般	1	
訪 問 看 護 職 員	訪問看護業務	4	
理 学 療 法 士	リハビリ等	1	1
事 務 員	事務業務	1	

(5)サービス提供可能な日と時間帯

営 業 日	月曜～金曜日 但し、12月29日から1月3日までを除く（但し、医師の指示によりこの限りではない）
営 業 時 間	8時30分から17時30分

(6)事業所窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜～金曜日 但し、12月29日から1月3日までを除く
営 業 時 間	8時30分から17時30分

3 提供するサービスの内容と基本料金及び利用者負担金

(1) 提供するサービスの内容

- ① 経管カテーテルなどの管理やその他、医師の指導による処置
- ② 症状の観察、主治医との連絡
- ③ 身体の清潔保持のお世話や指導
- ④ リハビリテーションとその指導
- ⑤ 介護・保健・福祉サービスに関する相談

(2) 提供するサービスの基本料金 《介護保険》

介護保険給付を利用する場合の自己負担額は、原則として基本料金の1割から3割となります。

ただし、保険給付の限度額を超えたサービス利用は、全額自己負担になります。

※介護報酬は、国が定めたところの地域区分により算定されます。

《介護保険》吹田市は下記料金から 1.084 をかけた金額となります

サービス 提供時間数 サービス 提供時間帯	20分未満		30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満	
	利用料	利用者 負担額 (1割負担 の場合)	利用料	利用者 負担額 (1割負担 の場合)	利用料	利用者 負担額 (1割負担 の場合)	利用料	利用者 負担額 (1割負担 の場合)
昼間	3,030 円	303 円	4,510 円	451 円	7,940 円	794 円	10,900 円	1,090 円
早朝・夜間	3,788 円	379 円	5,638 円	564 円	9,925 円	993 円	13,625 円	1,363 円
深夜	4,545 円	455 円	6,765 円	677 円	11,910 円	1,191 円	16,350 円	1,635 円

・早朝/夜間:6:00～8:00/18:00～22:00

・深夜:22:00～翌 6:00

・事業所以外の同一建物での利用者が一日平均 20 人以上/月になった場合は、
当該建物の利用者の利用料を 10%減算します。

《介護保険》吹田市は下記料金から 1.084 をかけた金額となります

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による場合		
サービス提供時間帯	サービス提供回数	1 回(20 分以上)
		利用料 利用者負担額 (1割負担の場合)
昼間		2,840 円 284 円
早朝・夜間		3,550 円 355 円
深夜		4,260 円 441 円
前年度の理学療法士等の訪問回数が看護職員による訪問回数を超えた場合、または緊急 時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していない場合		-80 円/回 -8 円/回
①前年度の理学療法士等の訪問回数が看護職員による訪問回数を超えた場合、または緊 急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していない場合 ②利用を開始した日の属する月から起算して、12 月を超えた期間に行った場合		-150 円/回 -15 円/回
①の減算が適用にならなず、利用を開始した日の属する月から起算して、12 月を超えた 期間に行った場合		-50 円/回 -5 円/回

・早朝/夜間:600～8:00/18:00～22:00

・深夜:22:00～翌 6:00

・事業所以外の同一建物での利用者が一日平均 20 人以上/月になった場合は
当該建物の利用者の利用料を 10%減算します。

※介護保険適応時も医師より看護が必要と認められた場合は、その期間のみ医療保険と
なります。

介護保険給付を利用する場合は、原則として基本料金の一割負担となります。

ただし、保険給付の限度額を超えたサービス利用は、全額自己負担になります。

《介護保険》吹田市は下記料金から 1.084 をかけた金額となります

加減算名	料金	利用者 負担額 (1割負担の場合)	内容
2人以上による訪問看護を行う場合の加算	2,540 円/回 (30 分未満)	254 円/回	家族等の同意を得た上で、利用者の身体的な理由や暴力行為等で 1 人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合等
	4,020 円/回 (30 分以上)	402 円/回	
特別管理加算(Ⅰ)	5,000 円/月	500 円/月	・在宅悪性腫瘍患者 ・在宅気管切開患者 ・気管カニューレ又は 留置カテーテル 以上の状態の利用者に対して計画的な管理を行った場合
特別管理加算(Ⅱ)	2,500 円/月	250 円/月	・在宅自己腹膜灌流 ・在宅血液透析 ・在宅酸素療法 ・在宅中心静脈栄養法 ・在宅成分栄養経管栄養法 ・在宅自己導尿 ・在宅持続陽圧呼吸療養法 ・在宅自己疼痛管理 ・在宅肺高血圧疾患患者 ・人工肛門・人工膀胱設置 ・真皮を超える褥瘡の状態 ・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 以上の状態の利用者に対して計画的な管理を行った場合
長時間訪問看護加算	3,000 円/回	300 円/回	特別管理加算を算定する状態の利用者に対して所要時間 1 時間 30 分以上の訪問看護を行う場合
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	6,000 円/月	600 円/月	利用者の同意を得て、利用者又はその家族に対して、24 時間連絡体制にあって、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合
退院時共同指導加算	6,000 円/回	600 円/回	病院、診療所又は介護老人保健施設に入院もしくは入所している者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行なった場合 退院又は退所後の初回のサービス時に 1 回(ご利用者が特別な管理を要する場合は 2 回)算定 初回加算を算定する場合は算定しない

加減算名	料金	利用者 負担額 (1割負担の場合)	内容
初回加算(Ⅰ)	3,500 円/月	350 円/月	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、病院、診療所等から退院した日に初回の訪問看護を実施した場合
初回加算(Ⅱ)	3,000 円/月	300 円/月	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、病院、診療所等から退院した翌日以降に初回の訪問看護を実施した場合
サービス提供体制 強化加算Ⅰ	60 円/回	6 円/回	全ての看護師ごとに研修計画を作成し、その計画に従って研修を実施し、技術指導を目的とした会議を定期的に行い、健康診断も行い、勤続年数 7 年以上の者の占める割合が 30%以上であった場合
サービス提供体制 強化加算Ⅱ	30 円/回	3 円/回	全ての看護師ごとに研修計画を作成し、その計画に従って研修を実施し、技術指導を目的とした会議を定期的に行い、健康診断も行い、勤続年数 3 年以上の者の占める割合が 30%以上であった場合

※介護保険適応時も医師より看護が必要と認められた場合は、その期間のみ医療保険となります。
※介護報酬は、国が定めたところの地域区分により算定されます。

4 その他の費用

① 交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたしません。	
② キャンセル料	24 時間前までに連絡の場合	キャンセル料は不要です
	24 時間以降までに連絡の場合	3,000円
※ただし、利用者の病状の急変、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。		
③ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の負担となります。	
④ サービス提供にあたり必要となる消耗品 (ガーゼ・テープ・包帯等の衛生用品・おむつ等)	利用者の負担となります。	

5 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法

利用料、その他の費用の請求	ア 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額を請求いたします。 イ 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までにお届けします。
利用料、その他の費用の支払い	ア、事業者指定口座への振り込みの場合 池田泉州銀行 千里丘支店 口座：普通預金 118259 イリョウホウジンセイユウカイ リジチョウ タカラダシゲホ 名義：医療法人整友会 理事長 財田滋穂 (利用者様名義でのお振込みでお願い致します。) イ、現金支払い お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡します。必ず保管されますようお願い致します。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。) ウ、引き落とし 毎月 27 日に引き落としとなります。

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

1か月当りのお支払い額(利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)とその他の費用の合計)の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。なお、サービス内容の見積もりについては、確認ができれば、別途利用金表の活用も可能です。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から 1 ヶ月以内とします。

6 担当看護師の変更をご希望される場合の相談窓口

利用者のご事情により、担当看護師の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談下さい。	ア 相談担当者氏名 中村 映美 イ 連絡先電話番号 06-6387-7737 FAX番号 06-6387-5558 ウ 受付日及び受付時間 月～金 8:30～17:30
--	--

※担当看護師の変更に関しましては、ご利用者のご希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 秘密の保持と個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及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利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	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において、利用者の個人情報を用いません。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で利用者の家族の個人情報を用いません。 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。

8 事故発生時の対応

当事業所が行う居宅介護サービスの提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

また、当事業所が利用者に対して行う指定居宅サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、その責任の範囲において損害賠償を行います。

9 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用者の緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医に、連絡する共に、予め指定する連絡先にも連絡します。

主治医	氏 名	
	医 療 機 関 名	
	電 話 番 号	
家族等	氏 名	
	電 話 番 号	

10 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行います。虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	中村 映美
-------------	-------

- (1) 虐待防止のための対策を検討する委員会(テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。)を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

11 業務継続計画の策定等

- (1)事業所は、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訪問看護〔指定介護予防訪問看護〕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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を行います。
- (2)事業所は、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。
- (3)事業所は、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。

12 身体的拘束等

事業所は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）は行いません。やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

13 衛生管理等

看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。事業所は、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、次の各号に掲げる措置を行います。

- (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（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (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)事業所において、従業者に対し、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定期的実施します。

14 ハラスメント防止

事業所は、適切な指定介護予防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看護師等の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を行います。

15 苦情処理の体制及び手順

受け付けた苦情については、迅速かつ適切に対応し、内容・対応処理の経過・結果・今後の対応を記録に残します。必ず、責任者(管理者)に連絡をし、処理内容を決定しますが、処理が行えない場合についても事業所内で協議し、利用者の立場に立った対応に努めます。

サービス提供に関する相談、苦情の窓口

【 事業者の窓口 】 (整友会訪問看護ステーション)	所在地 大阪府吹田市岸部北3丁目1番26号 電話番号 06-6387-7737 FAX06-6387-5558 受付時間 8時30分～17時30分
【 市町村(保険者)の窓口 】 (吹田市役所・高齢福祉室)	所在地 吹田市泉町1丁目3番40号 電話番号 06-6384-1341 FAX06-6368-7348 受付時間 午前9時～17時30分 月曜～金曜
【 公的団体の窓口 】 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1-3-8 電話番号 06-6949-5418 FAX06-6949-5417 受付時間 午前9時～17時 月曜～金曜

印