

《聖アンナ訪問看護ステーション》

重要事項説明書

介護予防訪問看護
訪問看護

様

社会福祉法人 聖アンナ福祉会
聖アンナ訪問看護ステーション
TEL 0736-65-1111
FAX 0736-65-2929

訪問看護重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情窓口

電話 0736-65-1111（平日；午前8時30分から午後5時30分）

担当 菊山 君代

※ご不明な点は、なんでもおたずね下さい。

2 聖アンナ訪問看護ステーションの概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

| | |
|-------------|--|
| 事業所名 | 聖アンナ訪問看護ステーション |
| 所在地 | 和歌山県紀の川市貴志川町尼寺359番地 |
| 介護保険指定番号 | 訪問看護 3061290023 |
| サービスを提供する地域 | 紀の川市、岩出市、和歌山市、海南市、紀美野町 ※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。 |

(2) 同事業所の職員体制

| | 資格 | 人数 | 業務内容 |
|---------|-------|-----|--------------------------|
| 管理者 | 正看護師 | 1名 | 従業者の管理及び業務の管理 訪問看護の提供 |
| サービス提供者 | 正看護師 | 11名 | 訪問看護の提供 |
| | 准看護師 | 2名 | 訪問看護の提供 |
| | 理学療法士 | 1名 | 訪問看護の提供 |
| | 作業療法士 | 1名 | 訪問看護の提供 |

(3) 営業時間及びサービスの提供時間帯

営業日 月曜日～金曜日

年間の休日 土日祝日及び年末年始（12月29日～1月3日）

営業時間 午前8時30分から午後5時30分

※サービス提供時間以外の時間は料金加算がつきます。【契約書別紙】

3 サービス内容

病状観察・清拭・入浴介助・洗髪・床ずれや傷の処置・体位変換・カテーテル等の管理・リハビリテーション・食事や排泄の介助及び指導・家族の介護指導、ターミナルケア・その他医師の指示による処置等

4 料金

【訪問看護契約書別紙】参照

支払い方法

利用者様負担分については口座自動引き落としとさせていただきます。

5 訪問看護の運営方針

1. 利用者ができる限り要介護状態にならないで自立した日常生活を営むことができるよう支援します。
2. 要介護状態等となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅において、その能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようサービスの提供を行います。
3. 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、健康状態の管理その他生活面において援助を行います。
4. 利用者の生き方を尊重し、安らかな終末期を支援します。
5. 事業の運営にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの連携に努めます。

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、家族、主治医、救急隊、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

24時間連絡体制により、電話相談・実際に緊急訪問をおこないます。

7 事故発生時の対応及び損害賠償

訪問看護提供中に人身及び物損事故が生じた場合、速やかに主治医・家族に連絡をとる等必要な対応をします。

当事業所は利用者の主体性を尊重し、自由かつ自立に向けてサービスを提供していますが、万一事故が発生した場合においては、当事業所が提供したところによる職員による職員の人為的ミス及び交通事故等、明らかな責任によるものは保険による損害賠償を行います。それ以外、利用者の過失及び不可抗力によって発生した事故等についてはご相談させていただきますが、保険適用がされない場合があります。

8 虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講じます。

1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
2. 虐待防止のための指針を整備します。
3. 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
4. 措置を適切に実施するための担当者を置きます。

サービス提供中に、当該事業所の従業者や利用者の家族等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、市町村に通報するものとします。

9 身体拘束等の原則禁止

1. ステーションは、サービス提供にあたって、利用者又はほかの利用者の生命または身体を保護するための緊急、やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行わない。
2. ステーションはやむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様および時間、その際の心身の状況ならびに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録する。

10 サービスの苦情相談窓口

当事業所は、提供したサービスに苦情がある場合、又は作成した施設サービスに基づいて提供されたサービスに関する苦情の申し立てや相談があった場合は、速やかに対応を行います。

サービスの提供に関して苦情や相談がある場合は、以下までご連絡ください。

□ 当事業所の苦情相談窓口

| | |
|-------|-------------------------|
| 担当者 | 菊山 君代 |
| 連絡先 | 0 7 3 6 - 6 5 - 1 1 1 1 |
| F A X | 0 7 3 6 - 6 5 - 2 9 2 9 |

□ 介護保険の苦情や相談に関しては他に、下記の相談窓口があります。

| | | | |
|-------|-------------------------|-------------|---|
| ✓ | 国民健康保険連合会 介護保険課 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 - 4 2 7 - 4 6 6 2 午前 9 時 0 0 分から午後 5 時 3 0 分 |
| ✓ | 和歌山県 長寿社会課 介護サービス指導室 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 - 4 4 1 - 2 5 2 7 午前 8 時 4 5 分から午後 5 時 3 0 分 |
| #REF! | 紀の川市 高齢介護課 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 6 - 7 7 - 2 5 1 1 午前 8 時 4 5 分から午後 5 時 3 0 分 |
| #REF! | 和歌山市 介護保険課 給付班 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 - 4 3 5 - 1 1 9 0 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分 |
| #REF! | 岩出市 保険介護課 介護保険係 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 6 - 6 2 - 2 1 4 1 午前 8 時 4 5 分から午後 5 時 3 0 分 |
| #REF! | 海南市 高齢介護課 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 - 4 8 3 - 8 7 6 0 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分 |
| #REF! | 紀美野町 保険福祉課 | 連絡先 受付時間 | 0 7 3 - 4 8 9 - 9 9 6 0 午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 1 5 分 |

11 身分証携行義務

サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時および利用者や利用者の家族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。

【訪問看護契約書別紙】

1 訪問看護の内容

提供するサービスの内容は下記のとおりです。

病状観察・清拭・入浴介助・洗髪・床ずれや傷の処置・体位変換・カテーテル等の管理・リハビリテーション・食事や排泄の介助及び指導・家族の介護指導・ターミナルケア・その他医師の指示による処置等

2 利用日及び利用時間

サービス利用表の利用日、利用時間に沿って訪問させていただきます。

3 料金

◎ 訪問看護利用基本料金（通常のサービス提供時間帯かつ地区内／1回につき利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額）

| | 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 |
|-------|-------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|
| 看護師 | 3,140円 (314単位) | 4,710円 (471単位) | 8,230円 (823単位) | 11,280円 (1,128単位) |
| 准看護師 | 2,830円 (283単位) | 4,240円 (424単位) | 7,410円 (741単位) | 10,150円 (1,015単位) |
| 理学療法士 | 2,940円 (294単位) | 20分以上40分未満 5,880円 (588単位) | | |

◎ 予防訪問看護利用基本料金（通常のサービス提供時間帯かつ地区内／1回につき利用者の介護保険負担割合証に記載された割合に応じた額）

| | 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 |
|-------|-------------------|---------------------------|-------------------|----------------------|
| 看護師 | 3,030円 (303単位) | 4,510円 (451単位) | 7,940円 (794単位) | 10,900円 (1,090単位) |
| 准看護師 | 2,730円 (273単位) | 4,060円 (406単位) | 7,150円 (715単位) | 9,810円 (981単位) |
| 理学療法士 | 2,840円 (284単位) | 20分以上40分未満 5,680円 (568単位) | | |

※ 以下の理由により2人以上による訪問看護を行ったときに加算します。

30分未満の場合（看護師） 2,540円/回（看護補助者2,010円）

30分以上の場合（看護師） 4,020円/回（看護補助者3,170円）

① 利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難な場合

② 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

③ その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

◎ 通常のサービス提供時間帯以外の時間でもご相談に応じます。

但し、午前6時00分から午前8時00分・午後6時00分から午後10時00分については基本料金の25%加算、午後10時00分から午前6時00分については50%加算させていただきます。

※上表の料金設定の時間は実際のサービス提供時間ではなく居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準としています。

☐ サービス提供体制強化加算 II

基準に適合しているとして、都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所は、30円（3単位）/1回につき加算します。

☐ 緊急時訪問看護加算 I

6,000円（600単位）/1月につき

お申し込みのあった利用者の方には、携帯電話番号のご案内をさせて頂くことにより、いつでも電話相談や状態・場合によっては訪問させていただきます。

☐ 長時間訪問看護

特別な管理を要する方で、所要時間1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に引き続き訪問看護を行い、通算1時間30分以上となるとときに1回につき、3,000円（300単位）加算いたします。

☐ 初回加算

I 3,500円（350単位）、II 3,000円（300単位）

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、退院当日もしくは退院日以降の初回の指定訪問看護を行った日の属する月に加算させていただきます。

☐ 特別管理体制加算

特別な管理を必要とする利用者に対し、加算させていただきます。

特別管理加算 I 5,000円（500単位）/1月につき

イ. 在宅悪性腫瘍患者指導管理・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態

特別管理加算 II 2,500円（250単位）/1月につき

ロ. 在宅自己腹膜かん流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

ハ. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

ニ. 真皮を超える褥瘡の状態

ホ. 点滴静脈注射を週3日以上行なう必要があると認められる状態

ターミナルケア加算 25,000円（2,500単位） / 死亡月に1回

死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む）加算させていただきます。

当ステーションは、多職種（医療・介護・福祉職等）と連携しながら、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養および看護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期を迎えられるよう支援しています。ターミナルケアの実施については厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、ご本人の意思ならびにご家族の意向を尊重し、気持ちに寄り添いながら、ご家族の心身の疲労や精神的なご負担にも配慮し、できる限り支援させていただきます。

1. ターミナル期に看護師が通常よりも頻回に訪問すること
2. 看護師が状態変化やサービス変更の必要性を把握すること
3. 把握した心身の状況等の情報を記録すること
4. 把握した心身の状況等を主治の医師等やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供すること
5. 必要に応じて主治医等に病状等に関する指示をうけること

その他の利用料

死後の処置（エンゼルケア）

死後の処置は保険適応外となります。利用者の方で、ご家族の希望により行なった場合 10,000円 の実費を請求させていただきます。

創傷の処置、医療機器の抜去、全身の保清や洗髪、内容物・排泄物の排出、希望する衣服の着用、ひげそりやエンゼルメイク、身体の冷却 など

交通費

通常の実施地域：紀の川市、岩出市、和歌山市、海南市、紀美野町

通常の実施地域を超えた時点から片道50km以上60km未満の場合2,000円の実費、60km以上の場合は3km増す毎に上記の料金に300円ずつ上増します。

キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記のキャンセル料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。

（連絡先 0736-65-1111）

| | |
|----------------------------|-----------|
| ご利用の前日午後5時までにご連絡いただけた場合 | 無料 |
| ご利用の前日午後5時までにご連絡いただけなかった場合 | 基本料金の50% |
| 全くご連絡いただけなかった場合 | 基本料金の100% |

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書、契約書別紙および本書面（重要事項説明書）に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業所

所在地

和歌山県紀の川市貴志川町尼寺359番地

名称

社会福祉人 聖アンナ福祉会
聖アンナ訪問看護ステーション

説明者

所属

聖アンナ訪問看護ステーション

氏名

私は、契約書、契約書別紙および本書面（重要事項説明書）について事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者

住所

氏名

代理人

住所

氏名

続柄

緊急時の連絡先（家族）

| | 氏名 | 住所 | 続柄 | 電話番号 |
|---|----|----|----|------|
| ① | | | | |
| ② | | | | |
| ③ | | | | |

緊急時の連絡先（主治医）

氏名

先生 連絡先

社会福祉法人 聖アンナ福祉会

当法人サービス

- | | | | |
|-----------|---------------------|---------------|-------|
| ・介護老人福祉施設 | ・短期入所生活介護 | ・通所介護 | ・訪問看護 |
| ・居宅介護支援 | ・在宅介護支援センター | ・認知症対応型共同生活介護 | |
| ・市町村受託事業 | ・地域密着型介護福祉施設入所者生活介護 | | |

個人情報利用目的

サービスの提供に必要な利用目的

【当法人内での利用】

1. 利用者等に提供するサービス
当法人のサービス
当法人の各サービス間で必要な連携
2. 管理運営業務
入退所等の管理
会計・経理
事故等の内部報告
利用者へのサービスの向上
人事・労務管理の事務
3. 費用の請求及び収受に関する事務
介護報酬の請求その他の介護保険関係事務
利用料その他の費用の請求、収受に関する事務

【当法人外での利用（第三者提供）】

1. 社会福祉法又は介護保険法に規定されている福祉サービス提供事業所並びに行政機関との連携
2. 行政機関からの照会
3. 外部医療機関の意見・助言を求める場合
4. 入院先医療機関への情報提供
5. 苦情解決第三者委員の意見・助言を求める場合
6. 損害賠償などに係る保険会社等への相談または届出
7. 家族・地域との関係
家族への近況報告・心身の状況説明
家族・地域への機関紙発送
家族との関係維持のための連絡調整
地域資源を円滑に利用できるための各種機関との連絡調整

8. 費用の請求及び収受に関する事務
9. 業務委託
PC及びソフトの保守管理
10. 実習、研修に関する連絡調整、報告
11. 費用の請求及び収受に関する事務
介護報酬の請求その他の介護保険関係事務
利用料その他の費用の請求、収受に関する事務

他の利用目的

【法人内での利用】

1. 管理運営業務
福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
実習への協力
ケース研究等法人内部で行う福祉サービスに関する研究
各種統計資料の作成

【法人外での利用】

1. 管理運営業務
外部監査機関への情報提供

法令に基づく個人情報利用目的

【法令上、介護関係事業者（介護サービス従事者を含む）が行うべき義務として明記されているもの】

1. サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
2. 居宅介護支援事業者等との連携
3. 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
4. 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

【行政機関等の報告徴収・立入検査等に応じることが間接的に義務づけられているもの】

1. 市町村による文書等提出等の要求への対応
2. 厚生労働大臣又は都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応
3. 都道府県知事による立入検査等への対応
4. 市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
5. 事故発生時の市町村への連絡

同意書

事業所名称 社会福祉法人聖アンナ福祉会
 聖アンナ訪問看護ステーション

代表者氏名 吉成 裕司 様

- 1 貴事業所が知り得た私及び家族の個人的な情報を、貴事業所が別紙個人情報利用目的に掲げる内容の範囲で使用することに同意します。
- 2 私のサービス利用で、容態急変時は「居宅サービス計画」と異なるサービスを行う事に同意します。
- 3 私の理由により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は同時に複数の看護師等による訪問看護を行うことについて同意します。
- 4 聖アンナ訪問看護ステーションが提供するターミナルケアについての説明を受けましたが、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意します。
- 5 上記保険適応外の費用負担（死後の処置、交通費）の支払に関して、説明を受け十分に理解した上で同意します。

年 月 日

住所

氏名

家族代表

住所

氏名

続柄

代理人

住所

氏名

続柄
