

重要事項説明書

(介護保険による介護予防訪問看護・訪問看護サービス)

ご利用様に対し介護保険によるサービス提供開始にあたり、平成11年厚生省令第37号第74条に基づいて、当事業所がご利用者様に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名	訪問看護ステーション オリーブ	
所在地	栃木県栃木市今泉町 1-17-29	
提供可能サービス	介護予防訪問看護 ・ 訪問看護	
介護保険事業所番号	0970301172	
管理者および連絡先	柿沼 亜希子	0282-27-8414
サービス提供地域	栃木市(旧藤岡町を除く) 壬生町、小山市、下野市(旧国分寺町の地域)	

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問看護事業を適正に運営するため、人員および管理運営する事項を定め、介護保険法に基づいた適正な訪問看護を提供することを目的とします。
運営方針	事業所の職員はその特性をふまえて、その有する能力に応じて自立した療養生活を営むことができるよう、サービス提供をいたします。

3. ご利用事業所の職員体制

職 種	人 員	勤務体制
看護師	10名 (管理者を含む)	常勤 5 名 ・ 非常勤 5名
事 務	1 名	常勤 1 名

4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日(日・祝日、8月14日～17日、12月29日～1月3日は休業)
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時30分 土曜日 午前8時30分～午後12時30分

※電話連絡24時間可能

5. 緊急時の連絡先

0282-27-8414 24時間365日対応可能 (時間外・休日は当番看護師に転送され、連絡がとれます。) ※病状の変化でとくにお急ぎの場合は、直接主治医に連絡ください

6. 保険給付の請求のための書類の交付

サービス証明書が必要な場合は、いつでも交付いたしますので、お申し出下さい。

サービス内容説明書

(介護保険による介護予防訪問看護・訪問看護サービス)

1. 提供するサービス

訪問看護ご利用日： 毎週 隔週 (月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土) 曜日 時

サービス内容	
全身状態の観察	バイタルサイン測定 病状の観察
看護・介護技術の実施・指導	清拭 入浴 部分浴 洗髪 口腔ケア 経口摂取介助 排泄の援助 体位変換・体位保持等
医療的処置の実施・管理・指導	チューブ類の管理 気管切開部の処置・管理 吸引・吸入 胃ろうの管理 呼吸器・在宅酸素使用の管理 人工肛門の管理 薬の管理・点滴 医療機器装着時の管理・指導 薬の管理・点滴 疼痛コントロール 床ずれ・創傷の処置
主治医・ケアマネジャー・他事業所への連絡調整	
リハビリテーション	日常生活動作の訓練・指導 関節拘縮予防等
終末期(在宅看取り)の支援 緩和ケア	
介護相談・指導	
1) 訪問看護の提供開始に際しては、主治医の文書による指示に従います。 ※主治医の文書(訪問看護指示書)には指示期間ありますので、発行にあたり主治医医療機関より請求が生じますのでご了承ください。 2) サービスの提供にあたっては、訪問看護計画書に基づき、適切に実施いたします。 わからないことがありましたら、遠慮なくお聞きください。 3) 訪問看護計画書は、ご利用者さまに説明の上、交付いたします。 4) 個人情報法は法令を遵守し、適切な管理のもとに取り扱いいたします。 5) 提供した訪問看護に関しては、健康手帳の医療の記録に必要な事項を記載いたします。 6) 当事業所は主治医・ケアマネジャーに対し毎月訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出します。	

2. 担当の職員

ご利用者さまの担当の看護師は()です。
担当の責任者は柿沼亜希子です。

- 1) ご利用者さまはいつでも担当の看護師の変更を申し出ることができます。その場合、当事業所は訪問看護サービスの目的に反する変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- 2) 当事業所は、担当の訪問看護職員が退職する等やむを得ない理由がある場合に限り担当の訪問看護職員を変更することがあります。その場合は、事前にご利用者さまの了承を得ます。

3. 個人情報に関する取り扱い

事業者および事業者の従業員は、ご利用者さまに対する訪問看護サービスを提供した上で知り得た個人情報については、ご利用者さま、またはご家族さまにまたは第三者の生命・身体に危険があるとき等、正当な理由がある場合を除いて、契約中および契約終了後に第三者に漏らすことはありません。

また、事業者は当事業者の従業員が退職後、在職中に知り得たご利用者さま、またはそのご家族さまの個人情報を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

事業所はご利用者さまの個人情報を用いる場合は、ご利用者さままたはご家族さまからあらかじめ同意を得て以下の目的以外にご利用者さまおよびご家族さまの個人情報を用いません。

○他事業者への情報提供を伴う利用目的

- ・ 当事業者が担当するご利用者さま等に関する介護サービスのうち
 - ー ご利用者さまにサービスを提供する居宅サービス事業者との連携(担当者会議等)照会への回答
 - ー ご利用者さまの居宅サービス利用等にあたり、主治医の意見・指示を求める場合または毎月の計画書・報告書の提出
 - ー ご利用者さまおよびそのご家族さまの心身の状況説明
- ・ 介護保険事務のうち
 - ー 審査支払機関へのレセプトの提出
 - ー 審査支払機関または保険者からの照会への回答
- ・ 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届け出等

○上記以外の利用目的

- ・ 当事業者の管理運営業務のうち
 - ー 訪問看護業務の維持・改善のための基礎資料
 - ー 当事業者において行われる研修への協力
 - ー 当事業者において行われる事例研究等
- ・ 当事業者の管理運営業務のうち
 - ー 外部監査機関への情報提供

個人情報に関する取り扱いに対して同意いたします。

ご利用者さま

代理人さま

ご家族の代表者さま

介護保険(訪問看護・介護予防訪問看護)利用料金表

※栃木市は7級地のため1単位＝10.21円

項 目	単位	負担金額 (円)		
		1割	2割	3割
□介護予防訪問看護Ⅰ 20分未満 (定期訪問が週1回以上ある場合)	303	310	619	928
□介護予防訪問看護Ⅰ 2 30分未満	451	461	921	1382
□介護予防訪問看護Ⅰ 3 30分以上1時間未満	794	811	1622	2432
□介護予防訪問看護Ⅰ 4 1時間以上1時間30分未満	1090	1113	2226	3339
□訪問看護Ⅰ 20分未満 (定期訪問が週1回以上ある場合)	314	321	642	962
□訪問看護Ⅰ 2 30分未満	471	481	962	1443
□訪問看護Ⅰ 3 30分以上1時間未満	823	841	1681	2521
□訪問看護Ⅰ 4 1時間以上1時間30分未満	1128	1152	2304	3455
□緊急時訪問看護加算 ※希望により算定。 ・24時間連絡できる体制にあり、かつ必要に応じて計画外の緊急訪問を行う ・計画的な訪問ではない緊急訪問を行った場合、基本料金を算定する ・他事業所から加算を受けている場合は当ステーションは契約無効	600	613	1226	1838
□特別管理加算Ⅰ ・在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理または在宅強心剤持続投与指導管理 ・気管切開・気管カニューレ(永久気管孔含) ・胃ろう留置(経鼻含) ・輸液用ポート ・腹膜透析 ・膀胱留置カテーテル ・ドレーン留置	500	511	1021	1532
□特別管理加算Ⅱ ①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、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅自己導尿指導加算、在宅肺高血圧症患者指導管理 ②真皮を超える褥そう ③人工肛門または人工膀胱を留置している ④点滴注射を週3回以上行っている	250	256	511	766
□ターミナルケア加算 ターミナルケアにかかる計画と利用者および家族に対し説明と同意を得たうえ、利用者の死亡前14日以内に2日以上、ターミナルケアを行った場合	2500	2553	5105	7658
□＜介護予防訪問看護＞看護体制強化加算	100	103	205	307
□＜訪問看護＞看護体制強化加算(Ⅰ) 緊急加算50%看取り年間5件以上	550	561	1122	1683
□ 看護体制強化加算(Ⅱ) 緊急加算50%看取り年間1件以上 利用者の総数のうち特別管理加算を算定している利用者が全体の20%以上いる事業所	200	204	408	612
□サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 勤続7年以上の看護師が30%以上	6	7	13	19
□サービス提供体制強化加算(Ⅱ) 勤続3年以上の看護師が30%以上	3	3	7	10

□夜間早朝加算 夜(18時～22時) 早朝(6時～8時)		所定単位数の25%			
□深夜加算 深夜(22時～6時)		所定単位数の50%			
□複数名訪問看護加算Ⅰ (2人の看護師が同時に訪問した場合)	30分未満	254	259	518	777
	30分以上	402	411	821	1232
□複数名訪問看護加算Ⅱ (看護師と看護補助者が同時に訪問)	30分未満	201	206	411	616
	30分以上	317	324	648	971
□長時間加算(90分以上の訪問看護を実施した場合(特別管理加算))		300	307	613	919
□退院時共同指導加算 入院、介護老人保健施設に入所中に主治医等と連携して在宅に必要な指導を行い退院時の初回訪問に加算		600	613	1226	1838
□初回加算Ⅰ(退院日に訪問実績が生じた場合に算定)		350	358	715	1072
□初回加算Ⅱ(退院日に訪問実績が生じない場合に算定)		300	307	613	919
□死後の処置料金		15000			

上記の利用料金の説明をうけ、下記の加算に同意します。

☐ 緊急時訪問看護加算

☐ 特別管理加算

☐ 看護体制強化加算

☐ サービス提供体制強化加算

☐ 複数名訪問看護加算

※なお、看護体制強化加算とサービス提供強化加算は状況によって除外することがあります。

ご利用者さま

代理人さま

自立支援医療受給者証、限度額適用認定証・標準負担額限度額認定証などを、すべてご提示ください。

毎月15日以降に前月分のご利用料金請求書を郵送もしくは担当看護師がお届けします。

直接お支払いください。郵送の際には、お支払い方法も同封いたします。

・指定難病特定医療受給者証や介護保険証以外の受給者証をお持ちの方は、ご提示をお願いします。

自己負担上限額の上限まで料金をいただきます。

・駐車場がなく、近隣の有料駐車場を利用する場合は、利用した料金を実費精算をさせていただきます。

・サービス実費に必要な物品、衛生材料の購入は、ご利用者さまの負担となります。

1カ月あたりのお支払い金額の目安

約

円

※緊急で訪問看護を行った際、または計画的訪問看護の回数が変更になった際には、金額が変更します。

※病状の変化により頻回の訪問が必要な場合、制度上医師の指示に基づいて、医療保険に変更する場合があります。その際には特別指示書を発行していただくため、主治医医療機関より請求が生じますのでご了承ください。

5. 苦情申立窓口

事業者の窓口	ご利用時間	平日 午前8時30分～午後5時30分
	ご利用方法	電話 0282-27-8414
	面接	訪問看護ステーション オリーブ
	担当	柿沼 亜希子

行政の苦情対応 窓口	栃木市役所 地域包括ケア推進課	0282-21-2241
	小山市役所 地域包括ケア推進課	0285-56-9129
	壬生町役場 健康福祉課	0282-81-1876
	下野市役所 高齢福祉課	0285-52-1115
	栃木県国民健康保険団体連合会	028-643-2220
	下野市役所 高齢福祉課	0285-52-1115
	栃木県国民健康保険団体連合会	028-643-2220

6. 苦情処理の体制および手順

- 1) ご利用者さまやご家族さまから苦情および相談があった場合、状況を詳細に把握するために必要に応じて状況の聞き取りを行い事情の確認をおこないます。
- 2) 状況を把握した看護師はその状況を管理者に報告し、ご利用者さまやご家族さまの立場を考慮しながら対応方法を決定します。
- 3) 対応内容に基づき、必要に応じて関係機関への連絡調整を行うとともに、ご利用者さまやご家族さまへは対応内容を含めた結果の報告をいたします。

7. 事故発生時の対応

当事業者は、ご利用者さまに対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合には、市町村とご家族さまに対して連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、事故発生状況およびに事故に際し行った処置についての記録は2年間保存いたします。

8. 緊急時の対応方法

利用者の主治医または協力機関への連絡を行い医師の指示に従い、また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	

9. 虐待防止

事業者は利用者当の人権擁護と虐待防止のために必要な措置を講じます。

- 1 虐待防止に関する責任者 管理者 柿沼亜希子
- 2 成年後見制度の利用を支持します。
- 3 苦情解決体制を整備しています。
- 4 職員に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

10. 訪問看護ステーションにおける教育、研究機関としての体制

当事業所では地域における任務として看護師等学校養成所から実習を受け入れております。学生にとって地域での実習は貴重な体験を通して学習するよい機会となります。教育・研究機関としての体制および趣旨をご理解頂き、ご協力下さいますようお願いいたします。なお学生の実習は以下の考え方で臨む事とします。

- 1) 学生が見学や援助をする場合は安全性の確保を最優先とし、事前に教員や指導者の助言と指導を受けて実習に臨ませます。
- 2) 学生の実習に関する意見や質問があれば、いつでも看護師にたずねる事ができます。
- 3) 学生の実習に同意した後も、無条件に断る事ができます。断る事で不利益を受ける事はありません。

令和 年 月 日

事業者	介護保険による訪問看護サービスの提供開始にあたり、ご利用者さまに対して重要事項説明書およびサービス内容説明書を説明し同意を得たので、重要事項説明書を交付します	
	住 所	栃木県栃木市今泉町 1-17-29
	名 称	訪問看護ステーション オリーブ 印
	説明者氏名	
利用者	私は、事業者からサービス内容説明および重要事項説明書に基づいた説明内容を確認し、合意のうえ受領しました。	
	住 所	
	氏 名	印
代理人	私は、事業者からサービス内容説明および重要事項説明書に基づいた説明内容を確認し、同意のうえ受領しました。	
	住 所	
	氏 名	印