【重要事項説明書】

１．事業所の概要

名　　称	有限会社愛知ケアサポート　池浦訪問看護ステーション
所　在　地	〒４４６－００６６　安城市池浦町丸田３０２番地５
介護保険事業者番号	2363190311
代　表　者	川久保　紗世
管　理　者	加藤　和子
連　絡　先	ＴＥＬ　（０５６６）７２－５８８５ ＦＡＸ　（０５６６）７２－７０６０
サービス提供地域	通常事業の実施地域は、安城北中学校区（池浦町・今池町・大岡町・北山崎町・昭和町・新田町・新明町・大東町・高木町・西別所町・東別所町・別郷町・弁天町・明治本町・山崎町・東新町１番から８番、９番の一部、１０番地） 篠目中学校区（住吉町・篠目町・井杭山町・美園町・二本木新町・三河安城町２丁目）の区域とする。

２．事業目的及び運営方針

事業目的	老人保健法、健康保険法、介護保険法による給付のもと、在宅で寝たきりや、重度障害、難病、末期がんの方に対し、医師の指示により看護師が訪問し、看護サービスを提供することを目的とする。
運営方針	かかりつけ医師（主治医）との密接な連携のもとに、訪問看護を希望される方の病状に応じた適切な看護が家庭において受けられ、より安定した療養生活が送られるよう支援する。 安らかな看取りを支援する。

３．営業日及び営業時間

営　業　日	月曜日～土曜日 ※　年末年始（１２／２９～１／３）お盆（８／１３～８／１５）日・祝日は休日扱いになります。
営　業　時　間	平日：午前８：45～午後５：３０ 土曜日：午前８：45～午後１：３０

４．職員体制

職　　種	人　　員
管　理　者	１名　　（看護師と兼務）
看　護　師	常勤換算　２．５人以上　在籍

５．サービス内容

看護　病状の観察と助言　医師の指示による医療処置と医師との連絡調整

医療器具やチューブ類の管理　床ずれの予防と処置　リハビリテーション

服薬指導・管理　　終末期の看護　　認知症の看護　　精神的支援

その他在宅での介護、看護に関する相談や指導

介護　日常生活の援助（体拭き・入浴・洗髪・口腔ケア・食事・排泄）

養環境の整備

その他　介護用品の紹介

各種サービス施設や事業所との連絡・調整

保険・医療・福祉サービスの紹介

６．訪問看護利用料金

◎　介護保険で訪問看護・介護予防訪問看護を利用される方

★所得によって１割、２割、３割の負担となります。介護保険負担割合証をご確認ください。

基本利用料・・・地域単価　１単位１０．４２円				
◆要介護	要介護	費用額 10 割	１割負担	２割負担
訪問看護Ⅰ１（訪問 20 分未満）	314 単位	3,271 円	328 円	655 円
訪問看護Ⅰ２（訪問 30 分未満）	471 単位	4,907 円	491 円	982 円
訪問看護Ⅰ３(訪問 30 分以上 60 分未満）	823 単位	8,575 円	858 円	1,715 円
訪問看護Ⅰ４(訪問 60 分以上 90 分未満）	1,128 単位	11,753 円	1,176 円	2,351 円
◆要支援	要支援	費用額 10 割	１割負担	２割負担
訪問看護Ⅰ１（訪問 20 分未満）	303 単位	3,157 円	316 円	632 円
訪問看護Ⅰ２（訪問 30 分未満）	451 単位	4,699 円	470 円	940 円
訪問看護Ⅰ３(訪問 30 分以上 60 分未満）	794 単位	8,273 円	828 円	1,655 円
訪問看護Ⅰ４(訪問 60 分以上 90 分未満）	1,090 単位	11,357 円	1,136 円	2,272 円

○夜間（18:00～22:00）または早朝（6:00～8:00）の訪問の場合　上記単位数の 25%増
○深夜（22:00～6:00）の訪問の場合　上記単位数の 50%増

≪利用者の希望により契約された場合下記の単位が加算されます≫

	１ヶ月につき	費用額 10 割	１割負担	２割負担
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	600 単位	6,252 円	626 円	1,252 円
２４時間連絡体制にあって、かつ計画的に訪問することになっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合の加算です。緊急時訪問を行った場合は所要時間に応じた所定単位数を頂きます。１月のうち２回目以降の緊急時訪問から早朝・深夜・夜間の加算がつきます。				

≪病状によって下記の単位が加算されます≫

	１ヶ月につき	費用額 10 割	１割負担	２割負担
特別管理加算（１ヶ月につき）	（Ⅰ）500 単位	5,210 円	521 円	1,042 円
	（Ⅱ）250 単位	2,605 円	261 円	521 円
（Ⅰ）在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導を受けている状態又は、気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態				
（Ⅱ）在宅酸素療法指導管理、在宅自己導尿指導管理等を受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態　人工肛門または人工膀胱を設置している状態				

	死亡月	費用額 10 割	1 割負担	2 割負担
ターミナルケア加算	2,500 単位	26,050 円	2,605 円	5,210 円
①２４時間連絡体制を契約されており、身体状況の変化等の記録を行っている方が死亡された時に算定となります。 ②死亡日及び死亡日前１４日以内に２日以上のターミナルケアを実施した場合に算定となり、医療機関に搬送され 24 時間以内に死亡の場合にも対象となります。医療保険の訪問看護と通算可 ③介護予防訪問看護の方は算定しません。 ④介護保険支給限度基準額外での算定になります。				
	1 回につき	費用額 10 割	1 割負担	2 割負担
複数名訪問看護加算（Ⅰ） 30 分未満	254 単位	2,646 円	265 円	530 円
複数名訪問看護加算（Ⅱ） 30 分以上	402 単位	4,189 円	419 円	838 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と認められる場合 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のいずれかに該当し利用者やその家族の方に同意を得た上で同時に複数の看護師等により訪問した場合に算定されます。				
長時間訪問看護加算	300 単位	3,126 円	313 円	626 円
特別管理加算対象の方に対し１回の訪問時間が１時間３０分を超えた場合に訪問看護の所定サービス費に加算されます。				
		費用額 10 割	1 割負担	2 割負担
初回加算（Ⅰ）	350 単位	3,647 円	365 円	730 円
新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院・診療所等から退院した日に初回の訪問看護を提供した場合に算定されます。				
初回加算（Ⅱ）	300 単位	3,126 円	313 円	626 円
新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、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提供した場合や、要介護から要支援（逆も同じ）に変わった時も算定されます。				
退院時共同指導加算	600 単位	6,252 円	626 円	1,251 円
① 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を提供した場合に算定されます。 ② 退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、１回（特別な管理を要する者である場合２回）に限り算定されます。ただし、初回加算を算定する場合は算定されません。				

	1回につき	費用額10割	1割負担	2割負担
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	6単位	63円	6円	12円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3単位	31円	3円	6円
すべての看護師等に研修や健康診断を実施し、技術指導などを目的とした会議を定期的に開催し、看護師のうち勤続年数7年以上の職員の割合が３０％以上（Ⅰ）看護師のうち勤続年数3年以上の職員の割合が３０％以上（Ⅱ）				
処遇改善加算	基本単位数	加算単位(1.8%)	1回あたりの増額分	
			費用額10割	1割負担	2割負担
30分未満	470単位	8単位	約 84円	約 8 円	約16円
30分以上60分未満	821単位	15単位	約 157円	約 16 円	約32円
60分以上90分未満	1,125単位	20単位	約 208円	約 21 円	約42円
訪問看護師の処遇改善（賃金改善や職場環境の向上）を目的とし、1 ヶ月あたりの総単位数に、1.8%の加算率を掛け合わせ算出 ＊訪問時間、緊急時の対応状況により金額は変動します。					

7．利用者負担金支払い方法

（1）現金によるお支払い　：　池浦クリニック受付にて支払いをお願いします。

平日・・・午前診　９：００～１２：００　午後診　４：００～７：００

土曜日・・午前診のみ　９：００～午後１：００

（2）郵便局口座からの引き落とし

サービスを提供した翌月の２５日に引き落としさせていただきます。但し２５日が土・日・祝日の場合は翌日となります

※　なお、口座からの引き落としを御希望される方は看護師までお申し付けください。

8．サービスの中止

（1）サービスの利用を中止する際には、当ステーションまでご連絡ください。

（2）利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日連絡のないキャンセルについては、予定の訪問看護料（自己負担分）を申し受けることになりますので御了承ください。

9．緊急時の対応方法

緊急連絡先（池浦訪問看護ステーション）
ＴＥＬ　０５６６－７２－５８８５ 月～金曜日　午前8：45　～　午後5：15 土曜日　　午前8：45　～　午後1：30 土曜日午後・日曜日・祝日及び営業時間外は留守番電話にて対応

※ ２４時間連絡体制を契約の方は別途携帯電話番号をご案内致します。

１０．事故発生時の対応

サービス提供に際して事故が発生した場合は、医師や家族、市町村へ連絡し、適切な措置を迅速に行い、その損害を賠償します。

１１．秘密の保持について

サービス提供に際し、知り得た利用者及びその家族の個人情報については、関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。

個人情報を用いる場合は、利用者又は家族の同意を得ない限り用いません。

１２．相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

なお、市町村介護保険相談窓口、愛知県国民保険団体連合会（国保連）でも対応しております。

池浦訪問看護 ステーション 利用者様相談窓口	ＴＥＬ　０５６６－７２－５８８５
	ＦＡＸ　０５６６－７２－７０６０
	相談者（責任者）　加藤　和子
	対応時間　午前９：００～午後５：００
安城市 高齢福祉課 介護保険係 相談窓口	所在地　〒４４６－８５０１ 安城市桜町１８番地２３号　安城市役所北庁舎１階
	ＴＥＬ　直通　０５６６－７１－2290 代表　０５６６－７６－１１１１
	ＦＡＸ　０５６６－７４－６７８９
	対応時間　午前８：３０～午後５：１５
愛知県国民保険 団体連合会 介護保険課 苦情相談室	所在地　〒４６１－８５３２ 名古屋市東区泉１丁目６番５号
	ＴＥＬ　０５２－９７１－４１６５
	ＦＡＸ　０５２－９６２－８８７０
	対応時間　午前９：００～午後５：００

１３．苦情処理の体制

（１）苦情があった場合は直ちに責任者が利用者に連絡し、詳しい事情を聴くと共にサービス提供者からも事情を確認し対応します。

（２）必要な場合は代表者を含めて検討し、速やかに具体的な対応策を講ずるものとします。

（３）苦情の内容については記録し保管します。

１４．虐待の防止について

（１）利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待に関する責任者を設置し、看護職員等に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施するなどの措置を講じます。

（２）サービス提供中に、当該事業所看護職員等又は養護者（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。

１５．衛生管理について

事業所は看護職員等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うと共に、事業所の設備及び備品の衛生的な管理に努めます。

１６．ハラスメント対策について

サービス利用契約中に、利用者または家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られなかった場合は、契約を解除する場合があります。(叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出すなど)

１７．非常災害時等の対策について

事業所は、非常その他緊急の事態に備え、執るべき措置について事業継続計画を策定し、看護職員等及び利用者に周知徹底を図るため、定期的に訓練等を実施します。

１８．看護学生等の臨地実習受け入れについて

事業所は、看護学生等の臨地実習受け入れ施設として協力しております。看護教育の必要性を御理解いただき、御協力をお願いいたします。

なお、同行訪問する際は、

（１）学生が援助を行う場合、安全性の確保を最優先として事前に看護職員等の助言・指導を行います。

（２）学生は臨地実習を通して知り得た利用者または家族に関する情報について、他者に漏らすことのないようプライバシーの保護に留意します。

１９．その他

（１）看護職員等は年金の管理など金銭の取り扱いは致しかねますので御了承ください。

（２）処置に必要な物品がある場合は物品の購入をお願いすることがあります。
（３）事業所の都合により、訪問日・時間の変更をお願いする場合がありますので宜しくお願い致します。
（４）看護職員等に対する贈り物や飲食のもてなしは、ご遠慮させて頂きます。
（５）暴風雨警報発令・災害等が発生した場合は、事業所の営業を中止させていただくことがございます。

※　介護保険での支給限度額を超えたサービスは全額自費負担となります。
※　保険給付対象外サービス
（死後の処置料　死後の処置をした場合　１０,０００円（外税）
エンゼルケアキット代　４,０００円（外税）　）　全額自費負担となります。
※　契約時に介護保険証、各種医療保険証、老人保険証、身体障害者手帳、その他公費負担書類の御提示をお願いします。なお、変更のあった場合も御提示下さい。毎月、月初めも確認させて頂きます。
※　交通費・・実施地域を越えた地点から片道 10 キロメートル以上２５０円
実施地域を越えた地点から片道 15 キロメートル以上５００円

２０．第三者評価の実施状況等

第三者による評価の実施状況	１　あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	１　あり　２　なし
	②　なし		

重要事項を説明しました。

説明日　　西暦　　年　　月　　日

事業所名　有限会社 愛知ケアサポート　池浦訪問看護ステーション　印

説明者　　看護師　　印

上記のとおり説明を受けました。

利用者　　氏名　　印

署名代行者　氏名　　印