

吉田訪問看護ステーション

重要事項説明書

あなた様に対する居宅サービスまたは介護予防サービスの提供開始にあたり、当事業者があなた様に説明すべき事項は次のとおりです。

1 ご利用施設の概要

施設の名称	吉田訪問看護ステーション			
事業の種類	指定訪問看護・指定介護予防訪問看護			
新潟県知事の事業者指定年月日	平成 11 年 9 月 30 日	指定番号	1561390004	
施設の所在地	〒959-0242 新潟県燕市吉田大保町25番15号			
管理者	庭野 由美子			
電話	0256-92-3231 (代)			
Fax	0256-92-0750			
訪問看護員数	人	うち看護師	人	うち准看護師
				人

2 法人概要

法人の名称	社会福祉法人 吉田福祉会			
法人の所在地	〒959-0214 新潟県燕市吉田法花堂740番地			
法人種別	社会福祉法人			
代表者名	理事長 細貝 好美			
電話番号	0256-92-3339 (代)			

3 事業の目的と運営の方針

(1) 事業の目的

吉田訪問看護ステーションにて行う訪問看護事業及び介護予防訪問看護事業の適切な運営を確保し、人員、設置及び運営に関する事項を定め、要介護者に対しては、適切な訪問看護を提供し、要支援者に対しては、適切な介護予防訪問看護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

● 訪問看護事業の運営の方針

- ① 事業所は利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた日常生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指します。
- ② 事業の実施にあたっては、各居宅介護支援事業者、各保健医療機関、関係市町村、地域の保

健、医療、福祉サービス事業者などとの連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスの提供に努めます。

- ③ 緊急の事態にも柔軟な対応ができる体制を整備します。
- ④ 事業の提供にあたっては、主治医との密接な連携のもと、訪問看護計画に基づき、適切に実施します。

● **介護予防訪問看護事業の運営の方針**

- ① 事業所は利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営む事が出来るよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。
- ② 事業の実施にあたっては、地域包括支援センター、各居宅介護支援事業者、各保健医療機関、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービス事業者などとの連携を図り、協力と理解のもとに総合的なサービスの提供に努めます。
- ③ 緊急の事態にも柔軟な対応ができる体制を整備します。
- ④ 事業の提供にあたっては、主治医との密接な連携のもと、介護予防訪問看護計画に基づき、適切に実施します。

● **訪問看護事業及び介護予防訪問看護事業は、同一の事業所において一体的に運営いたします。**

4 事業実施地域および営業時間

事業実施地域	燕市、旧西蒲原郡内及び旧寺泊町
営業日	月曜日から土曜日
営業時間	午前8時30分から午後6時
*ただし、訪問看護計画または介護予防訪問看護計画に基づき、営業日・営業時間以外に訪問の必要が生じた場合は、訪問看護または介護予防訪問看護を実施します。	

5 提供サービスの概要

訪問看護	
(1) 病状、障害の観察	(6) 食事及び排泄の介助
(2) 入浴、清拭、洗髪等による清潔の保持	(7) カテーテル等の管理
(3) 口腔ケア	(8) 利用者及び家族への療養上の指導、助言
(4) 褥瘡の処置	(9) その他主治医の指示による医療処置
(5) 機能訓練	(10) ターミナルケア
介護予防訪問看護	
(1) 病状、障害の観察	(5) 食事指導
(2) 入浴、清拭、洗髪等による清潔の保持	(6) 利用者及び家族への療養上の指導、助言
(3) 口腔ケア	(7) その他主治医の指示による医療処置
(4) 機能訓練	

6 利用料金（平成 21 年 4 月 1 日現在）

本事業所が提供するサービスの利用料金は次のとおりになります。

（1）訪問看護・介護予防訪問看護共通基本料金

介護保険の法定利用料に基づく金額です。

※注（ ）内は自己負担分

	基本料金	早朝・夜間料金	深夜料金
20分未満（早朝・夜間、深夜のみ利用可）		2,850円 (285円)	2,850円 (285円)
30分未満	4,250円 (425円)	5,310円 (531円)	6,380円 (638円)
30分以上 1時間未満	8,300円 (830円)	10,380円 (1,038円)	12,450円 (1,245円)
1時間以上 1時間30分未満	11,980円 (1,198円)	14,980円 (1,498円)	17,970円 (1,797円)

- ・早朝とは（午前6時から午前8時まで） ・夜間とは（午後6時から午後10時まで）
- ・深夜とは（午後10時から午前6時まで）

● サービス提供体制強化加算 60円（6円）/回

● 緊急時訪問看護加算 I（24時間連絡体制）

ご利用者またはご家族の同意を得て、1月につき5,400円（540円）加算します。

同意する 同意しない

● 特別管理加算

特別な管理を必要とすることご利用者（腹膜灌流、血液透析、在宅酸素、中心静脈栄養、経管栄養、自己導尿、人工呼吸器、陽圧呼吸器、悪性腫瘍患者、自己疼痛管理、気管カニューレ、ドレーンチューブ、留置カテーテル、人工肛門、人工膀胱、重度の褥瘡）に対して、1月につき2,500円（250円）加算します。

● 長時間訪問看護加算

特別管理加算の対象であり、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合、1回につき3,000円（300円）を加算します。

● ターミナルケア加算（介護予防訪問看護を除く）

ご利用者またはご家族の同意を得て、主治医との連携のもとに、在宅で最後までターミナルケア（亡くなられた日の前14日以内に2回以上ターミナルケアを実施）を利用された場合、亡くなられた月に20,000円（2,000円）加算します。

同意する 同意しない

● 複数名訪問加算

ご利用者またはご家族の同意を得て、同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことが認められる場合（利用者の身体的理由、暴力等、またはこれらに準ずると認められる場合）、所要時間30分未満の場合は2,540円（254円）、所要時間30分以上の場合は4,020円（402円）加算します。

同意する 同意しない

- 通常の事業実施地域(燕市、旧西蒲原郡内及び旧寺泊町)を越えてサービスを提供する場合、所定の料金の5%を加算します。

- 減算料金

准看護師の訪問の場合、利用料金の10%を減算します。

(2) これ以外に実費を要した場合には、別途ご負担を頂く場合があります。

- ・日常生活上必要な物品を提供した場合、実費相当額

(3) ご利用者負担金について詳しくご確認したいときは、管理責任者、サービス提供責任者又はご担当の介護支援専門員までご連絡ください。

(4) 予定外のサービスを受けた場合はその部分について、全額ご負担頂く可能性があります。予定外のサービスを受ける希望がある場合は、あらかじめ担当の介護支援専門員、管理責任者、サービス提供責任者又は担当看護師にご相談ください。

(5) 利用料金のお支払いは、現金、銀行口座振込み又は預金口座振替により、お支払いください。

7 苦情等がある場合

提供した介護サービスに利用者からの苦情に敏速かつ適切に対応するために、苦情を受け付ける相談窓口を設置しております。また、利用者からの苦情に関して市町村・国保連が行う調査に協力し、これからの指導助言を受けた場合にはこれに従って必要な改善を行います。

<p style="text-align: center;">当施設内 苦情申立窓口</p>	<p>苦情受付担当者 玉木 佐智子 星 由美子 ご利用時間 午前8時30分から午後6時 ご利用方法 電 話 0256-92-3231 意見箱 事務室入口に設置 面 接 相談室等 苦情解決責任者 庭野 由美子 第三者委員 泉谷 善二 燕市吉田浜首 0256-93-2715 小林 正 新潟市巻甲 0256-72-4434 滝澤 泉 燕市吉田旭町 0256-92-6138</p>
<p style="text-align: center;">燕市役所燕庁舎 健康福祉部福祉課 介護保険係</p>	<p>平日(月～金) 午前8時30分から午後5時30分 電話 0256-63-4131 (代)</p>
<p style="text-align: center;">新潟県 国民健康保険 団体連合会</p>	<p>平日(月～金) 午前8時30分から午後5時15分 電話 025-285-3072 (代)</p>

8 緊急時における対応方法

看護職員等は、訪問看護及び介護予防訪問看護の提供を実施中に利用者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医に連絡を行い、指示を求める等の必要な措置を行うこととします。

主治医に対する連絡が困難な場合は、救急搬送等の措置を講じます。

看護職員等は、前項の措置を講じた場合は、速やかに管理者及び主治医に報告するものとします。

9 事故発生時の対応方法

社会福祉法人吉田福祉会「業務マニュアル」に従って、すみやかに管理責任者に報告し対応します。また、保険者への連絡が必要な場合もすみやかに対応します。

事業者の責任により利用者に生じた損害についてはその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について利用者の故意または重大な過失が認められる場合には事業者の賠償を減じる場合があります。

サービスの提供に先立って、上記のとおり重要事項について説明します。

平成 年 月 日

事業者

所在地 新潟県燕市吉田大保町 25 番 15 号

事業者名 吉田訪問看護ステーション

代表者名 社会福祉法人吉田福祉会

理事長 細 貝 好 美 印

私は、上記の重要事項について説明を受け同意しました。また、この文書が契約書の別紙(一部)となることについても同意します。

上記契約の証として、本契約書を 2 部作成し、利用者および事業者、記名・押印の上、それぞれ 1 部ずつを保有します。

(利用者)

ご住所 _____

お名前 _____ 印

(利用者の代理人)

ご住所 _____

お名前 _____ 印

ご関係 _____