指定訪問看護・介護予防訪問看護　重要事項説明書

1 概　要

（1） 提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	社会福祉法人守山市社会福祉協議会訪問看護事業所
所在地	滋賀県守山市石田町 422 番地
電話番号	０７７－５８５－８８８６
ＦＡＸ番号	０７７－５５８－８００８
事業所番号	２５６０７９００２０
サービスを提供できる地域	守山市・栗東市・野洲市・草津市

＊ 上記地域以外にお住まいの方はご相談下さい。

（2） 当事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	看護師	1		1	管理業務
従事者	看護師	9	3	１２	訪問看護業務
	理学療法士	3		3	訪問リハビリ業務
	作業療法士	1		1	訪問リハビリ業務
	合計	１４	3	１７	

（3） サービスの提供時間

曜日	時間帯	緊急時
月～日曜日	８：３０～１７：１５	休日等に関係なく２４時間対応
休業日	１２月２９日から１月３日	

2 当事業所の訪問看護の特徴等

（1） 運営の方針

ご本人様の要介護状態（要支援状態）の軽減若しくは悪化の予防に努め、住み慣れた家で自分らしく過ごしていただくことを目標として、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、計画的に訪問看護を行います。

また、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

（2） サービス利用のために

① サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすく説明します。分からないことがあれば、担当職員にご遠慮なくお尋ねください。

② サービスの提供にあたっては、別紙訪問看護計画書に基づき、ご利用者様の機能の維持回復を図るよう適切に実施いたします。

③ 当事業所はチーム方式により複数の従業員がお伺いします。

④ 従業員は積極的に研修に参加し質の向上に努めます。

⑤ 訪問看護の提供開始に際しては主治医の文書（有料）による指示に従います。

⑥ 当事業者は主治医に対し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出します。
⑦ 当事業所は教育実習施設であるため学生の同行訪問を行う場合があります。
（滋賀医科大学・総合保健専門学校等）
⑧ 当事業所は訪問看護の一環として理学療法士・作業療法士によるリハビリテーションを実施しています。

3 サービスの内容

① 病状・障害・の観察	②清拭・洗髪等による清潔の保持
③ 食事および排泄等日常生活の世話	④褥創の予防・処置
⑤ リハビリテーション	⑥ターミナルケア
⑦ 認知症患者の看護	⑧療養生活および介護方法の指導
⑨ カテーテル等の管理	⑩その他医師の指示による医療処置

4 利用料金（別紙 料金設定による）

（1）利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、介護報酬の告示上の額のうち、介護保険負担割合証に記載された割合の負担となります。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

＊基本料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は２５％増し、深夜（午後10時～午前6時）は５０％増しとなります。

＊別紙料金の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を標準とします。

健康保険での訪問看護では、訪問看護療養費として健康保険法に規定する厚生労働大臣が定める額をいただきます。ご利用者様負担額は、加入保険の負担割合により異なります。

（2）交通費

守山市、栗東市、野洲市、草津市にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、看護職員等が訪問するための交通費の実費をご負担していただくことになります。自動車を使用した場合は、

通常の事業の実施地域より越えた場合　　２００円/回

タクシーを利用した場合は実費負担

（3）死後の処置

ご本人様が死亡された場合、家族の依頼により死後の処置を行います。その場合は当事業所が設定した金額及び材料費が全額自己負担となります。

（４）キャンセル料

当事業所は、キャンセル料はいただきません。ご本人様の都合でサービスを中止する場合は、出来るだけ前日までにご連絡ください。

（５）自費利用について

利用者やご家族の必要とするサービスについて、介護保険、医療保険に該当しない場合も自費サービスでの提供が可能です。

《料金》基本料金（8 時～18 時）　60 分 9,000 円　30 分 5,000 円

早朝・夜間料金（6 時～8 時・18 時～22 時）基本料金+25％

深夜料金（22 時～6 時）基本料金+50％

（６）その他

ア　介護保険利用者については、末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等、また医師の判断により特別訪問看護指示が出された場合、健康保険等の医療保険でのサービス提供となります。

イ　ご本人様のお住まいでサービスを提供するために使用する、水道・ガス・電気等の費用はご本人様のご負担になります。

ウ　ご本人様負担金は、毎月１０日以降に前月分の請求をいたしますので、20日以内にお支払いください。領収書を発行します。

お支払い方法は、口座自動引き落とし(郵便局、銀行、農協など)になります。

５ サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

まずは、担当の介護支援専門員か直接お電話にてご相談下さい。

当事業所の職員がお伺いし契約を結び、サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

ア　ご本人様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する１週間前までにお申し出ください。

イ　当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない理由により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了 10 日前に文書で通知いたします。

ウ　自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・ご本人様が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていたご本人様の要介護（要支援）認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（介護保険給付費でのサービスは受けられませんが医療保険での対応は可能ですので、ご相談ください。）

・ご本人様が亡くなられた場合。

エ　その他

・ご本人様やご家族などが当事業者や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

・下記の場合で当事業所が訪問困難と判断した時は中止させていただきます

①　台風（暴風警報発令時）

②　大雪等のため路面が危険な状態になった時

③　その他自然災害時

6 サービス内容に関する苦情

（1）事業所のご利用者様相談・苦情窓口

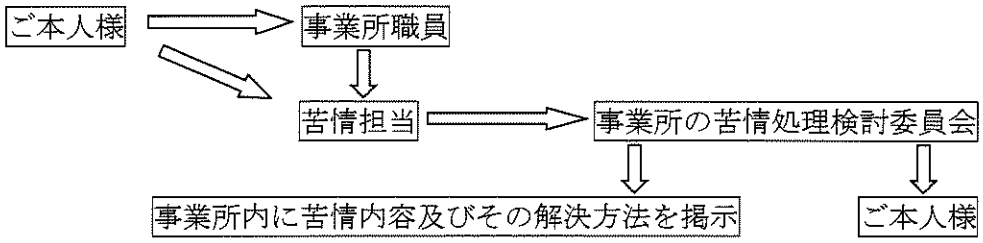
担当者　小林　育子

電　話　077-585-8886　ＦＡＸ　077-558-8008

受付日　月～日曜日（ただし、12月29日から1月3日を除く）

時　間　午前8時30分から午後5時15分

（2）苦情処理フロー



（3）その他

当事業所以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口があります。

ア　守山市介護保険課　０７７－５８２－１１２７

イ　滋賀県国民健康保険団体連合会　０７７－５２２－２６５１

ウ　滋賀県運営適正委員会　０７７－５６７－４１０７

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

8 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご本人様に対し応急措置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご本人様がお住まいの市町、ご家族、居宅介護支援事

業者等に連絡を行います。
また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。
なお、当事業所の介護サービスにより、ご本人様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。（当事業所は全国社会福祉協議会の社協の保険に加入いたしております。）

9 秘密の保持について

（1）当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご本人様及びご家族の秘密を漏らしません。
（2）当事業所の従事者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご本人様及びご家族の秘密を漏らしません　。
（3）事業者では、ご本人様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でのご本人様又はご家族の個人情報を用います。

10 緊急時訪問看護の連絡方法

当事業所は２４時間対応の体制をとっています。

緊急時の場合は連絡してください。

連絡先　①０７７－５８５－８８８６
　　②０９０－９６２２－７２８０

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

（介護予防）緊急時訪問看護加算・24 時間対応体制加算の算定同意書

令和　　年　月　日

緊急時の場合などの電話による相談や、訪問看護を利用するため、「緊急訪問看護加算」、または、医療保険における「24 時間対応体制加算」を算定することに同意します。

【本人】　氏　名

【代理人　続柄：（　　）】
氏　名

令和　　年　月　日

ご本人様(代理人)に対して本書面について説明しました。

【事業者】　所在地　　滋賀県守山市石田町422番地
　　名　称　　社会福祉法人守山市社会福祉協議会訪問看護事業所

説明者氏名

事業者から訪問看護についての重要事項・利用料金についての説明を受けました。
以下の該当する加算について算定することに同意します。

【本人】　　住　所

氏　名

【代理人　続柄：(　　)】
　　住　所

氏　名

（各種加算についての確認）別添　訪問看護利用料金表　参照　　（該当に○）

○特別管理加算（　　）　　（　　）

○サービス提供体制加算Ⅱ　　（　　）

○初回加算Ⅰまたは初回加算Ⅱ（初回訪問時のみ）　　（　　）

○退院時共同指導加算（退院時のみ）（　　）　　（　　）

○ターミナルケア加算（死亡月のみ）　　（　　）

（情報連携についての確認）

○びわ湖あさがおネットの利用（包括同意済の方）　　（　　）