

重要事項説明書（ケアフルハウス訪問看護ステーション）

ご利用者様に対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所概要

事業所名称	ケアフルハウス訪問看護ステーション
事業所指定番号	1860390085
所在地	越前市広瀬町 153-12-3
代表者名	管理者 小石川 千代
電話番号	0778-22-0030

2. 事業の運営方針

- (1) 心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援します。
- (2) 事業の実施にあたっては、保健所、市町村及び医療機関などの関係機関ならびに保健・医療・福祉の関係職種等と密接な連携を図ります。
- (3) 質の良い訪問看護サービスを提供するための訪問看護従事職員の研修を継続的に行い、資質の向上を図ります。

3. 訪問看護職員

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

- ①管理者 1名 ②看護師 2.5名以上

4. 営業日及び営業時間

- ① 営業日 月曜日～土曜日

年末年始（12月29日から1月3日）はお休みさせていただきます。

- ② 営業時間 午前9時00分～午後6時00分

但し、上記の営業日、営業時間ほかにも電話などにより常時連絡が可能な体制をとっています。

Tel 0778-22-0030 Fax 0778-22-4566

5. 事業の実施地域

越前市

6. 提供するサービス

- ① このサービスの提供にあたっては、要介護状態及び要支援状態（以下「要介護状態」という）の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、わかりやすいように説明します。なお、ご不明な点につきましては、担当職員にご遠慮なく質問して下さい。
- ③ サービス提供にあたっては、別紙訪問看護計画書に基づき、利用者の機能維持回復を図るよう適切に実地いたします。
- ④ 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。
- ⑤ 当事業所は主治医に対し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出します。

7. 利用料金

◆ 介護保険適用利用料金（1割負担の場合）

介護保険による訪問看護	事業対象・要支援	要介護
20分未満	303円	314円
30分未満	451円	471円
30分以上1時間未満	794円	823円
1時間以上1時間30分未満	1,090円	1,128円

加 算 料 金	初期加算（Ⅰ）	350円/回
	初期加算（Ⅱ）	300円/回
	退院時共同指導加算	600円/回
	早朝・夜間（午前6時～午前8時・午後6時～午後10時）	25%加算
	深夜（午後10時～午前6時）	50%加算
	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（契約している場合）	600円/月
	特別管理加算Ⅰ・Ⅱ	500円・250円/月
	2人以上の訪問 30分未満	254円
	2人以上の訪問 30分以上	402円
	ターミナルケア加算（死亡月につき）※要支援の方は無し	2,500円
	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3円/回
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	5%加算	

准看護師が訪問する場合は×90/100

同一建物減算 10%減算

◆ 医療保険適用利用料金

後期高齢者	1割または3割		受給者の種類によっては公費負担が適応になり、負担が軽減されることがあります。
社会保険	高齢受給者	1割または3割（一定所得の方）	
国民健康保険	一般患者	3割	

基本利用料金明細

訪問看護基本療養費Ⅰ (1日1回につき)	週3日まで	5,550円	
	週4日以降	6,550円	
訪問看護基本療養費Ⅱ (1日1回につき)	週3日まで	5,550円	
	週4日以降	6,550円	
訪問看護基本療養費Ⅲ（外泊中）		8,500円	
訪問看護管理療養費 (1日につき)	月の初日	7,440円	
	2日目以降	3,000円	
加 算	退院支援指導加算	6,000円	
	早朝・夜間（午前6時～午前8時・午後6時～午後10時）	2,100円	
	深夜（午後10時～午前6時）	4,200円	
	特別管理加算	5,000円・2,500円/月	
	難病等複数回訪問加算 (厚生労働省の指定疾患)	1日2回訪問	4,500円
		1日3回以上の訪問	8,000円
ターミナルケア療養費		25,000円	

保険外 死後の処置 15,000円

- ① 毎月15日前後に前月分の請求明細書をお渡しします。
- ② 毎月の利用料は、翌々月ご指定の口座より振り替えさせていただきます。

8. キャンセル料

サービスの変更については、サービス実施日の前日までに当事業所へご連絡下さい。ご連絡がなかった為に生じた損害については、サービス提供料の50%をキャンセル料としていただきます。

9. サービス提供を行う訪問看護職員

① 担当の職員

サービスの提供時に、担当の訪問看護職員を決定します。

但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問看護職員が交代してサービスを提供します。

② 担当職員の変更

◆ ご利用者からの交替申し出

選任された訪問看護職員の交替を希望される場合には、当該訪問看護職員が業務上不適切と認められる事情、その他交替を希望する理由を明らかにして、当事業所に対して訪問看護職員の交替を申し出ることができます。その場合、訪問看護サービスの目的に反するなど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。

◆ 事業所からの担当職員の交替

当事業所の都合により、担当職員を交替することがあります。訪問看護職員を交替する場合は、ご利用者及びご家族に対してサービスの利用上の不利益が生じないよう十分配慮し、事前に利用者の了解を得ます。

10. 虐待防止委員会

当事業所は、利用者の人権を尊重し、高齢者虐待と定義される不適切なケアを一切行わないこととします。また、虐待の未然防止、早期発見・迅速かつ適切な対応などに努める必要性から、「虐待防止検討委員会」を組成するとともに、虐待防止に関する責任者を定める必要な措置を講じます。

11. 苦情申立窓口

訪問看護サービスについて、ご不明な点や疑問、事業所が提供するサービスの不満・苦情がございましたら、お気軽にご相談ください。調査、改善させていただきます。

相談窓口担当： 小石川 千代

ご利用時間： 月曜日～土曜日／午前9時00分～午後6時00分

電話番号： 0778-22-0030

12. 緊急時の対応方法

利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医又は事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先にご連絡いたします。

高齢者が安心して利用できるサービス提供体制を確立するため事故防止に努めるとともに、介護保険法並びに厚生労働省令に基づき、サービスの提供に伴う事故発生時につきましては下記のとおり対応致します。

(1) 医療機関名 地域の救急医療機関を基本に対応いたします。

(2) 事故の連絡・報告基準

報告すべき基準

- ・ サービス提供に伴い、発生した障害または死亡等の事故
- ・ サービス提供に伴い、発生した障害賠償事故
- ・ 食中毒及び感染症等で法令により、保健所等へ報告が義務付けられている事由の事故
- ・ その他必要と認められるもの 事例：看護・介護等による虐待、行方不明など

(3) 報告先

利用者に該当する保険者と福井県国民健康保険連合会に連絡します。

・ 越前市役所介護保険室

0778-22-3715

・鯖江市役所介護保険グループ	0778-53-2218
・越前町役場高齢福祉課	0778-34-8711
・南越前町役場保健福祉課	0778-47-8007
・福井県国民健康保険団体連合会	0776-57-1614

説明日 令和 6 年 5 月 27 日

(事業所) 当事業所は訪問看護サービスの提供開始にあたり、利用者及びその家族に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

所在地 越前市広瀬町 153-12-3
 事業所名称 ケアフルハウス訪問看護ステーション
 説明者氏名 管理者 小石川 千代

(利用者) 私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

(家族代表) 私は下記の理由により、利用者の意思を確認したうえ、上記署名を代行しました。

※ この欄は、利用者に意思能力が認められることを前提に、筆記能力のみが欠けている場合に署名の代行を明らかにするものです。

住 所 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

利用者との続柄 _____

個人情報同意書 (ケアフルハウス訪問看護ステーション)

1 使用目的

私及び家族の個人情報は、居宅サービス担当者会議・介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合は、使用することに同意します。

2 条件

情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっ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うこと。

ケアフルハウス訪問看護ステーション 管理者殿

令和 6 年 5 月 27 日

利用者	住 所	
	氏 名	

家族代表	住所	
	氏名	