

管理番号 No. _____

重要事項説明書

<介護保険>

利用者： _____ 様

株式会社 CHOUETTE

訪問看護ステーション シュエット

1. 当事業所の目的及び運営方針

(1) 目的

要介護状態または要支援状態と認定されたご利用者に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的とします。

(2) 運営方針

- ・ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します
- ・訪問看護のサービス実施にあたり、市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携をはかります
- ・訪問看護サービス従事者の確保・教育・指導に努め、サービスの向上を図ります

2. 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

| | |
|----------|-------------------------------|
| 法人名 | 株式会社 CHOUETTE |
| 住所 | 札幌市白石区南郷通 16 丁目北 2 - 9 |
| 代表者名 | 代表取締役 川北 朋子 |
| 事業所名 | 訪問看護ステーション シュエット |
| 所在地 | 札幌市白石区栄通 18 丁目 5-45 ライブビル 302 |
| 連絡先 | 0 1 1 - 8 5 6 - 6 5 0 2 |
| 管理者名 | 川北 朋子 |
| 事業者番号 | 0 1 6 0 5 9 1 2 9 3 |
| サービス種類 | 訪問看護 |
| サービス提供地域 | 札幌市内全域 |

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください

(2) 当ステーション職員の職種、定数及び職務内容

| | 常勤専従 | 常勤兼務 | 非常勤専従 | 非常勤兼務 |
|-------|------|------|-------|-------|
| 管理者 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 看護師 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 准看護師 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 言語聴覚士 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 理学療法士 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 作業療法士 | 名 | 名 | 名 | 名 |
| 合計 | 名 | 名 | 名 | 名 |

(3) 営業時間

| | |
|-----------|---------------------------------------|
| 平日 | 午前9：00～午後5：00 |
| 定休日 | 祝日・土曜日・日曜日 12月30日～1月3日 |
| 時間外・緊急連絡先 | 緊急時加算を算定させて頂くお客様には、 連絡先を、ご案内いたします。 |

3. 利用料金

(1) 料金について (別紙参照)

- ・利用料として介護保険法第41条に規定する居宅介護サービス費にかかる額の支払いを利用者から受けるものとします。
- ・利用者は、訪問看護ステーション シュエット料金表(別紙)に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料および、サービスを提供する上で別途必要になった費用を支払うものとします。
- ・要介護認定区分が非該当(自立)に認定された場合は、上記厚生労働大臣が定める基準による額の全額を申し受けます。
- ・利用料金請求時に、要介護状態区分が未決定な場合は、決定までの間、請求を遅らせることがあります。
- ・利用者が正当な理由なく事業所に支払うべき利用者負担を3か月以上滞納した場合、事業所は1ヶ月以上の期間を定めて請求します。請求期限までに利用料の支払いがない場合には契約を解除する旨の勧告をする場合があります。

(2) その他の費用

- ・キャンセル料
- ① 利用日前営業日の午後5時00分までにご連絡いただいた場合：無料
- ② 利用日前営業日の午後5時00分までにご連絡いただかなかった場合：1000円
(但し、容態の変化に伴う緊急入院等、その他やむを得ない事情がある場合は、かかりません)
- ・死亡時の訪問看護(エンゼルケア)の料金は別途 5,000円の徴収をします。

(3) 料金の支払いについて

毎月、10日から20日頃に前月利用分の請求書をお渡しします。

お支払方法は現金か、振込でお支払いをお願い致します。

(請求する金額には、キャンセル料・自費利用料・交通費等も含まれます)

| | |
|----|-------------------------|
| 現金 | 訪問時の担当者が集金します。領収書を発行します |
| 振込 | 振込確認後、領収書をお送りさせていただきます。 |

4. 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅支援事業所など、関係各位へ連絡します。

氏名 _____ 続柄 (_____) 電話 : _____

主治医 _____ 先生 (_____ 病院) 電話 : _____

5. 個人情報の保護

当事業所の職員は、当該事業を行う上で知りえたご利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

6. 相談・苦情・事故等の対応窓口

訪問看護サービスの内容に関する相談や苦情については次の窓口でお受け致します。

| | |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 相談・苦情 | 所在地 札幌市白石区栄通 18 丁目 5-45 ライブビル 302 電話番号 011-856-6502 ファックス 011-856-0703 営業時間 月～金 9:00～17:00 (土日祝、年末年始は休みです) 川北 朋子 (管理者) : 相談、苦情、事故に対する常設の担当 責任者です |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

他の窓口は次のとおりです

| | |
|-------------------|------------------------------------------------|
| 株式会社 CHOUETTE | 所在地 札幌市白石区南郷通 16 丁目北 2-9 TEL : 011-839-2578 |
| 札幌市中央区役所 保健福祉課 | 所在地 札幌市中央区南 3 条西 1 1 丁目 TEL : 231-2400 (代) |
| 国保連合会 | 所在地 札幌市中央区南 2 条西 1 4 丁目 TEL : 231-5161 (代) |
| 北海道厚生局医療課 | 所在地 札幌市北区北 7 条西 2 丁目 15-1 TEL : 796-5105 |

処理手順

- ・苦情を受けた場合、管理者が担当者から詳しい内容を確認した上で直ちに利用者（家族）に連絡をとり、詳細な状況把握に努めます。
- ・上席に報告し、指示によって担当者会議を招集し、その結果に基づいた対応を講じます。
- ・検討結果をご利用者に伝え、信頼関係の修復に努めます。
- ・再発の防止に役立てるため、台帳に記載し保管します。

事故発生時の対応

- ・当事業所は、利用者に対する訪問看護・介護予防訪問看護の提供により事故が発生した場合には速やかに市町村、利用者の家族に連絡するとともに必要な措置を講じます。
- ・上記の事故状況及び事故に際してとった処置について記録します。
- ・利用者に対する訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
- ・事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

7. 損害責任

当事業所は、サービス実施にともなって、事業所の責任に帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

8. 業務継続計画の策定等

- ・感染症および災害等に係る業務継続計画を作成します。
- ・感染症および災害等に係る研修及び訓練を定期的(年1回以上)に実施します。

9. 虐待・身体拘束の防止

- ・虐待防止に関する責任者および担当者：管理者 川北朋子
- ・定期的に職員に対し虐待防止のための研修を実施します。
- ・虐待防止・身体拘束の適正化の為の対策を検討する委員会を定期的に実施します。
- ・虐待等の被害を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに市町村に通報します。
- ・成年後見制度の利用を支援します
- ・当ステーションは原則身体拘束およびその他の行動制限を禁止します。
- ・利用者又はほかの利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- ・やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上、利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。

10.ハラスメントの防止

- ・事業者は、看護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。
 - ・事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。
 - 1.身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
 - 2.個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
 - 3.意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- 上記は、当該職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。
- ・ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に速やかに対応し、再発防止会議等により再発防止策を検討します。
 - ・職員に対し、ハラスメントに対する研修等を実施します。また、定期的に話し合いの場を設けハラスメント発生状況の把握に努めます。
 - ・ハラスメントと判断された場合は、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

特別管理加算の内容

令和6年6月1日現在

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・在宅強心剤持続投与指導管理・在宅気管切開指導管理・気管

カニューレを使用している、留置カテーテルを使用している状態

II：在宅での腹膜灌流・透析、在宅酸素療法、在宅中心静脈、

自己導尿、呼吸器、在宅悪性腫瘍、自己疼痛管理、人工肛門、

人工膀胱、肺高血圧指導管理気管切開指導、真皮を超える

褥瘡、点滴を3日以上行う必要がある状態

重要事項別紙

訪問看護利用料金表(介護保険)

令和6年6月1日改定

| | 9:00~17:00 | 要介護1~5 | | | | 要支援1・2 | | | |
|---------------------------------|-------------------|---------|-----------|------|------|---------|-----------|------|------|
| | | 単位 | ※負担額(円/回) | | | 単位 | ※負担額(円/回) | | |
| | | | 1割 | 2割 | 3割 | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 看護師 | 20分 | 314 単位 | 320 | 641 | 961 | 303 単位 | 309 | 618 | 927 |
| | 30分未満 | 471 単位 | 480 | 961 | 1442 | 451 単位 | 460 | 920 | 1381 |
| | 30分以上 60分未満 | 823 単位 | 840 | 1680 | 2520 | 794 単位 | 810 | 1621 | 2431 |
| | 1時間以上 1時間30分未満 | 1128 単位 | 1151 | 2303 | 3454 | 1090 単位 | 1112 | 2225 | 3338 |
| 理学療法士等 | 20分 | 294 単位 | 300 | 600 | 900 | 284 単位 | 289 | 579 | 869 |
| | 40分(20分×2) | 588 単位 | 600 | 1200 | 1800 | 568 単位 | 579 | 1159 | 1739 |
| | 60分(20分×3) | 795 単位 | 811 | 1623 | 2434 | 426 単位 | 434 | 869 | 1304 |
| サービス提供体制強化加算 I | | 6 単位 | 7 | 14 | 21 | 6 単位 | 7 | 14 | 21 |
| 看護体制強化加算 I | | 550 単位 | 562 | 1124 | 1686 | | | | |
| 看護体制強化加算 II | | 200 単位 | 205 | 410 | 615 | 100 単位 | 103 | 206 | 309 |
| 初回加算 I | | 350 単位 | 357 | 714 | 1071 | 350 単位 | 357 | 714 | 1071 |
| 初回加算 II | | 300 単位 | 306 | 612 | 918 | 300 単位 | 306 | 612 | 918 |
| 特別管理加算 I | | 500 単位 | 510 | 1021 | 1531 | 500 単位 | 510 | 1021 | 1531 |
| 特別管理加算 II | | 250 単位 | 255 | 510 | 765 | 250 単位 | 255 | 510 | 765 |
| 緊急時訪問看護加算 I | | 600 単位 | 612 | 1225 | 1837 | 600 単位 | 612 | 1225 | 1837 |
| 退院時共同指導加算 | | 600 単位 | 612 | 1225 | 1837 | 600 単位 | 613 | 1226 | 1839 |
| 長時間訪問看護加算 | | 300 単位 | 306 | 612 | 918 | 300 単位 | 306 | 612 | 918 |
| 複数名訪問看護加算 (看護師2人) | 30分未満 | 254 単位 | 259 | 518 | 777 | 254 単位 | 259 | 518 | 777 |
| | 30分以上 | 402 単位 | 410 | 820 | 1231 | 402 単位 | 410 | 820 | 1231 |
| 複数名訪問看護加算 (看護師と 看護補助者の2名) | 30分未満 | 201 単位 | 205 | 410 | 615 | 201 単位 | 205 | 410 | 615 |
| | 30分以上 | 317 単位 | 323 | 647 | 970 | 317 単位 | 323 | 647 | 970 |

●営業時間外の場合(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) | 25%増し |
| 深夜(午後10時~午前6時) | 50%増し |

※ 負担額(利用料金)は基本単位×10. 21円(地方単価)の1割~3割(負担割合証による)です。

私は、上記料金内容の説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

利用者 署名又は印

代理人 署名又は印

(関係)