

訪問看護ステーションほそぎ 重要事項説明書【介護予防】

1. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーションほそぎ
事業者指定番号	3960190597
所在地	高知市大膳町37
電話番号	088-825-4387
FAX番号	088-825-4387
サテライト	訪問看護ステーションほそぎ サテライト三愛
所在地	高知市一宮西町1-7-25
管理者名	酒井 祐樹（看護師）
通常の事業の実施地域	高知市、南国市等その他要相談

2. 運営方針

- (1) 要支援状態となった場合に、その利用者が可能な限り、居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指します。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、地域との結び付きを重視し、市町村、他の介護予防サービス事業者、保健医療福祉サービスを提供する者との連携に努めます。
- (3) サービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように説明を行います。
- (4) 職員の資質向上を図るため、年1回以上研修を行います。
- (5) 利用者の尊厳保持や人格尊重に努め、高齢者虐待防止に取り組みます。
- (6) 策定した BCP（業務継続計画）を運用し、感染症や災害が発生した場合でも継続してサービスが行えるように取り組みます。
- (7) 職員が安心して働ける環境をつくり、利用者への継続的で円滑なサービス提供を行えるようハラスメントの防止に努めます。
- (8) 利用者がよりよい人生を送れるよう「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」に沿った支援を行います。

3. 職員体制

看護師常勤	2. 5名以上
理学療法士等	1 名以上

4. 営業時間

平日	8時30分～17時30分
土曜日	8時30分～12時30分

*土曜日の午後及び日曜日、祝日、12月31日から1月3日までは、休業します。ただし、必要な場合は、サービスの提供を行いますので、ご相談ください。

*電話等により、24時間対応ができますので、ご相談ください。（別途利用料金が必要です。）

5. サービスの内容

(1) 利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえ、利用者の介護予防サービス計画（ケアプラン）の内容に沿って「介護予防訪問看護計画書」を作成し、これに従って計画的にサービスを提供します。「介護予防訪問看護計画書」の作成に当たっては、利用者又はその家族に対して説明し、同意を得交付します。

理学療法士等による訪問の場合でも、利用開始時や状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問を致します。

(2) 利用者の居宅（自宅）へ看護師等を派遣して、必要なサービスを提供します。

- | | |
|------------------------|----------------|
| ①食事（栄養）の管理・援助 | ②排泄の管理・援助 |
| ③清潔の管理・援助（清拭等） | ④ターミナルケア |
| ⑤褥瘡の処置 | ⑥カテーテル管理等の医療処置 |
| ⑦リハビリテーション | |
| ⑧家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理 | |
| ⑨主治医の指示に基づく医療処置等 | |

(3) サービスを提供した際には、提供した具体的なサービスの内容等を記録するとともに、利用者からの申出があった場合には、文書の交付その他適切な方法により、その情報を利用者に対して公表します。

6. サービス利用料金

(1) 介護保険給付対象サービスにおける自己負担額（介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。）

(介護報酬告示上の額)

※1 単位＝10 円

自己負担額	20 分未満	30 分未満	30 分以上 1 時間未満	1 時間以上 1 時間 30 分 未満
看護師による訪問	303 単位	451 単位	794 単位	1,090 単位
理学療法士等による訪問	284 単位（1 回につき：20 分）			
複数名訪問看護加算（I）	254 単位		402 単位（30 分以上）	
サービス提供体制強化加算	1 回につき 6 単位			
初回加算 I	350 単位/月	初回加算 II		300 単位/月
特別管理加算	I 500 単位/月	緊急時訪問看護加算		600 単位/月
	II 250 単位/月	退院時共同指導加算		600 単位/回
口腔連携強化加算	50 単位/月	長時間訪問看護加算		300 単位/回
専門管理加算	250 単位/月			

* 料金設定の基本となる時間は、利用者の居宅サービス計画及び訪問看護計画で定められた時間を基準とします。

* 早朝（午前 6 時から午前 8 時）と夜間（午後 6 時から午後 10 時）は 25% 増し、深夜（午後 10 時から午前 6 時）は 50% 増しとなります。

* 介護予防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。

(2) 利用料金のお支払い方法

前月分の合計金額の請求書を毎月15日までに発行しますので、その月の末日までに、請求書をご持参のうえ、細木病院1階会計にてお支払いください。ご希望の方は郵便局の引き落としもご利用出来ます。

*サービス利用料金の支払を3ヶ月以上遅延した場合は、サービス中止を検討させていただきます。

7. キャンセル

利用者の都合でサービスの利用をキャンセルする場合は、できるだけサービス利用予定日の前日までにご連絡ください。利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合を除き、キャンセルが続きますとサービス中止を検討させていただく場合がありますのでご注意ください。

なお、ご不在の場合、職員は利用者のご帰宅を待たずに帰りますが、訪問のメモを置いておきますので後ほどご連絡ください。

8. 相談窓口、苦情対応

(1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口又は介護予防サービス計画の作成者までお申立てください。

当事業所 お客様ご相談窓口	電話番号	088-825-4387
	FAX番号	088-825-4387
	対応時間	午前8時30分～午後5時30分
	担当者	酒井 祐樹 (管理者)

(2) 利用者及びその家族から苦情を受け付けた場合には、当該苦情の内容や利用者の意向等の確認及び記録を行います。

(3) 苦情解決に当たっては、当該苦情の内容について事実調査のうえ、利用者及びその家族に対して、誠意をもって解決に努めます。

(4) 公的機関においても、次の機関に対して、苦情の申立てができます。なお、市町村については、お住まいの市町村の窓口にお申立てください。

高知市役所 介護保険課	所在地	高知市本町5-1-45
	電話番号	088-823-9972
	FAX番号	088-824-8390
	対応時間	午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康 保険団体連合会 (国保連)	所在地	高知市丸ノ内2-6-5
	電話番号	088-820-8410・8411
	FAX番号	088-820-8413
	対応時間	午前9時00分～午後4時00分

9. 緊急時等の対応

現にサービスの提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治の医師への連絡を行い指示を求める等の適切な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行い、事故の状況及び事故に際して採った処置を記録するとともに、適切な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって事業者が損害を被った場合、利用者及びその家族は、連帯して、事業者に対しその損害を賠償しなければなりません。

11. 非常災害時の対応

警報発令や業務停止命令等によりサービスを中止させていただく場合があります。

12. 秘密保持

- (1) 事業所の職員は、正当な理由がなく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を漏らしません。
- (2) 事業所の職員が、職員でなくなった後においても同様に、秘密を保持します。

13. 法人の概要

名称	社会医療法人仁生会
代表者職氏名	理事長 細木秀美
所在地	高知市越前町1-10-17
電話番号	088-820-4100
事業の概要	細木病院、三愛病院、老人保健施設あうん高知、日高クリニック、ほそぎ診療所の運営等

14. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 : 無

利用同意書

1. 社会医療法人仁生会訪問看護ステーションほそぎ（以下「事業者」という。）が提供する指定介護予防訪問看護の利用を申込みます。
2. サービスの利用の開始に際し、重要事項説明書を受領し、その内容に関して事業者から説明を受け、十分に理解のうえ同意します。
3. 利用期間は、令和 年 月 日から令和 年 月 日までとします。
4. 契約期間満了日の1ヶ月前で、契約者及び事業所から更新拒絶の申し入れがない場合本契約は従前と同一条件により自動更新されます。
5. 次のいずれかの事由に該当した場合は、サービスの提供を終了します。
 - (1) 上記の利用期間が満了したとき。
 - (2) 利用者の要介護認定区分が自立又は要介護1～5と認定されたとき。
 - (3) 利用者が死亡したとき。
 - (4) 利用者からサービスの利用の終了の申出があったとき。
 - (5) 利用者の著しい不信行為又は介護保険制度の趣旨に反する希望により、サービスの提供を継続することが困難になったとき。
 - (6) 利用者およびその家族等関係者による身体的あるいは精神的なハラスメント行為により、職員の心身や生命の安全が脅かされる場合、または再三の当該行為の中止勧告に応じないとき。

6. 個人情報の利用

利用者へのサービス提供その他の場合に必要な利用者及び利用者の家族の個人情報の利用については、以下に記載するところにより同意します。

(1) 利用目的

①事業者の内部での利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービス
- イ. 介護保険事務
- ウ. 利用者に係る事業者の管理運営業務のうち、
 - ・利用開始又は休止、終了等の管理
 - ・会計、経理
 - ・事故等の報告
 - ・サービスの向上
 - ・サービスや業務の維持、改善のための基礎資料
 - ・学生の実習への協力
 - ・症例研究

②他の事業者等への情報提供に係る利用

- ア. 事業者が利用者等に提供するサービスのうち、
 - ・利用者に介護予防サービスを提供する他の介護予防サービス事業者や介護予防支援事業所等との連携（サービス担当者会議等）、照会への回答
 - ・他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携、共同してサービスを提供する場合
 - ・サービスの提供に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・家族等への心身の状況説明
 - ・外部監査機関への情報提供
- イ. 介護保険事務のうち、
 - ・審査支払機関への請求書等の提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ウ. 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

(2) 条件

- ①個人データ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。
- ②利用者は、利用目的の中で同意しがたいものがある場合には、その事項について、あらかじめ利用者の明確な同意を得るよう事業者を求めることができること。
- ③利用者が、②の意思表示を行わない場合は、利用目的について利用者の同意を得られたものとする。
- ④同意及び留保は、その後、利用者からの申出により、いつでも変更することが可能であること。

(3) 開示

- ①事業者は、利用者から、所定の様式による申出により、当該利用者が識別される保有個人データの開示を求められたときは、利用者に対し、遅滞なく、当該保有個人データを開示すること。
- ②当該保有個人データの開示を求め得る者は、原則として利用者本人とするが、次に掲げる場合には、利用者本人以外の者が利用者に代わって開示を求めることができるものとする。
 - ・利用者の法定代理人又は開示等の求めをすることにつき、利用者が委任した代理人。
 - ・利用者の判断能力に疑義がある場合、現実に利用者の世話をしている家族。
- ③利用者が死亡した場合、当該保有個人データの開示を求め得る者の範囲は、利用者の配偶者、子、父母及びこれに準ずる者（これらの者に法定代理人がいる場合の法定代理人を含む。）とすること。なお、個人情報の提供に当たっては、利用者本人の生前の意思、名誉等を十分に尊重すること。
- ④事業者は、利用者又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがあるなどの場合には、当該保有個人データの全部又は一部を開示しないことができること。
- ⑤利用者は、開示に際しては、手数料を支払うこと。

(4) 開示に関する問い合わせや申請等については、細木病院の診療情報課(088-822-7211)が窓口となって受け付けます。

(5) この他厚生労働省による「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」及び「診療情報の提供等に関する指針」に基づいて、個人情報を適切に取扱います。

同意を証するため、本書2通を作成し、利用者は記名、事業者は記名押印のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者 住 所

TEL

氏 名

利用者の家族 住 所

TEL

氏 名

利用者との続柄

<事業者> 所在地 **高知市大膳町37**
TEL **088-825-4387**
名称 **訪問看護ステーションほそぎ**
代表者 **社会医療法人仁生会**
理事長 細木秀美 印

説明者 印