

重要事項説明書

(指定訪問看護)

1 当医療生協のサービスの方針等

要介護状態になった高齢者が人として尊重され、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す援助を行います。また、利用者の意見及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立つサービスを提供します。事業計画、財務内容等についても利用者の求めに応じ、閲覧に供します。

また、当生協ではハラスメント防止の指針に基づき、対策を講じています。

2 事業所の概要

事業所名	福山医療生活協同組合 訪問看護ステーションしあわせ
所在地	福山市木之庄町三丁目6番10号
事業者指定番号	広島 3461590113号
管理者・連絡先	古賀 泰子 電話：(084) 973-6456
通常の事業の実施地域	福山市（内海町、走島町を除きます）

3 通常の事業所の職員体制等

職 種	業務内容	人 員
管 理 者	従業者及び業務の管理	1名（常勤兼務）
看 護 師	訪問看護	6名（常勤専従） 3名（非常勤専従）
リハビリテーション職員	理学療法士	3名（非常勤専従）

4 事業所の目的及び運営方針

事業の目的	居宅においてかかりつけの医師が、訪問看護の必要性を認めた要介護状態にある高齢者に対し、快適な在宅療養が継続できるように支援します。
運営方針	訪問看護サービスの実施にあたり、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の選択に基づいた適切なサービスが提供できるよう努めるとともに、関係市町・保健医療サービス及び福祉サービスとの連携に努めます。

5 営業日・時間

営業日	平 日	土曜日
	8：30～17：00	8：30～12：30
休 日	日曜・祝日・年末年始（12/30～1/3）・8/14～15	

ただし、常時24時間対応体制をとっております。

6 提供するサービスの内容

①看護行為・指導 病状の観察・管理（血圧・体温・脈拍等） 清拭・洗浄・洗髪等による清潔の保持 排泄の介助、褥瘡の予防 等 リハビリテーション	②療養環境整備・社会資源活用・諸制度活用・相談 寝たきり予防 介護器具の紹介・工夫 他の居宅サービスの活用 通所サービスの活用 等
③主治医の指示の医療処置 褥瘡の処置 人工肛門・人工膀胱管理ケア 注射・点滴 排泄管理ケア（浣腸・摘便） カテーテル類の交換・管理 等	④ターミナルケア ・終末期の身体症状の変化及びこれに対する看護 ・療養や死別に関する利用者及び家族への精神的ケア等

7 サービス利用料等

＊利用者負担額は自己負担割合証の割合（1～3割）に準じます

＊介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(1) 基本料金

提供時間	利用者負担額 (1割の場合)
看護師・30分未満	471
看護師・30分以上1時間未満	823
看護師・1時間以上1時間30分未満	1,128
理学・作業療法士・20分/1回	294
理学・作業療法士・20分/1回 (60分以上の場合)	265

(2) サービスの加算料金

(＊は区分支給限度額外の加算料金です)

加算項目	利用者負担額 (1割の場合)	備 考
サービス提供体制加算Ⅰ ＊	6	訪問1回につき
看護体制強化加算Ⅱ	200	月1回
緊急時訪問看護加算Ⅰ ＊	600	計画的訪問以外の緊急時対応を希望の場合（月1回）
特別管理加算Ⅰ（1月につき） ＊	500	在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や胃ろう、点滴、尿バルーンなど留置カテーテル使用の方等
特別管理加算Ⅱ（1月につき） ＊	250	在宅酸素、人工肛門、褥瘡等の状態
長時間訪問看護加算・90分以上	300	1回の訪問看護が90分を超えた場合に算定（特別管理加算対象者）
複数名訪問加算・30分未満	254	2人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合 (身体的理由により1人での訪問看護が困難な場合)
複数名訪問加算・30分以上	402	
初回加算Ⅰ	350	退院日に初回の訪問看護を行った場合
初回加算Ⅱ	300	初回の訪問看護を行った場合
退院時共同指導加算	600	退院するにあたり、入院中に主治医と連携して在宅生活での指導を行った場合 (退院後初回訪問時に算定)
ターミナルケア加算（死亡月） ＊	2,500	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上訪問看護を実施し、ターミナルケアを行った場合 (24時間以内の在宅以外での死亡を含む)

＊主治医から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って医療保険による訪問看護の提供となります。
(別途説明いたします。)

(3) その他の費用

駐車スペースが無く、有料駐車場を使用する場合は駐車料金を実費徴収いたします。

8 利用料の請求及び支払方法

(1) 利用料の請求・・・利用料は利用月ごとの合計金額により請求いたします。口座振替の場合、請求書は利用月の翌月15日までに利用者宛てにお届けします。

(2) 利用料の支払・・・原則として、口座振替をお願いいたします。お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。

9 病状が急変した時の対応

＊病状が急変した場合は、次に記載の電話に連絡願います。以下の手順で対応いたします。

【連絡先】Tel：(084) 973-6456 福山医療生活協同組合 訪問看護ステーションしあわせ

- (1) 電話を受けたら、連絡者の話を聞きその緊急度にあわせて対応します。
- (2) 緊急性が高い場合は、病状に応じて主治医に連絡、又は救急車を手配します。
- (3) (2) 以外は、主治医に連絡し判断を仰ぎます。
- (4) 訪問し処置を行います。
- (5) 主治医と連絡を密接に取り、その後の病状経過観察を行います。

10 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

福山医療生活協同組合 訪問看護ステーションしあわせ お客様相談コーナー	電 話 番 号	(084) 973-6456
	F A X 番 号	(084) 921-6465
	相談員(管理者)	古 賀 泰 子
	対 応 時 間	平日 8:30~17:00 土曜 8:30~12:30

- (1) 苦情を受けた場合、管理者は直ちに利用者宅に行くなどして事情を聴き、苦情の詳細を確認します。
- (2) 苦情の内容を確認した後、速やかに関係者を招集し、苦情処理に向けた検討会議を開催します。
- (3) 検討会議の結果をまとめ、速やかに具体的な対応を指示します。同時に利用者にも説明し、必要な対応を行います。
- (4) 苦情処理結果を台帳に記録します。又、再発防止に努めるよう全職員に徹底します。
- (5) 訪問看護提供の苦情について、市町・国民健康保険団体連合会から指導又は助言を受けた場合には、それに従い必要な改善を行い、求めがあった場合には、改善内容を報告します。

○次の公的機関においても、苦情申出等ができます。

福山市介護保険課	所 在 地	福山市東桜町3-5
	電 話 番 号	(084) 921-2111 (福山市役所総合)
		(084) 928-1166 (介護保険課直通)
	対 応 時 間	8:30~17:15 (土・日・祝日除く)
広島県国民健康保険 団体連合会 (国保連)	所 在 地	広島市中区東白島町19-49
	電 話 番 号	082-554-0783
	F A X 番 号	082-511-9126
	利 用 時 間	8:30~17:30
介護支援ネットワーク (厚生労働省)	電 話 番 号	0120-070-608
	F A X 番 号	0120-502-588
	利 用 時 間	10:00~15:00 (F A Xは24時間)
広島社会福祉協議会	所 在 地	広島市南区比治山12-2
	電 話 番 号	082-254-3419
	F A X 番 号	082-250-5155

11 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、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には速やかに利用者の家族、居宅介護支援事業者、市町等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 事業者は、前項の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、再発を防ぐための対策を講じます。
- (3) 事業者は、利用者に対するサービス提供により発生した事故等により利用者の生命、身体、財産等に損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。
ただし、事業者の故意または過失によらない場合は、この限りではありません。

12 損害賠償

サービスの提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。

ただし、利用者または利用者の家族に過失がある場合は、この限りではありません。

13 当医療生協の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	福山医療生活協同組合
代 表 者 名	山崎 弘貴
本社所在地・電話	福山市木之庄町二丁目7番2号・084-973-2280
業 務 の 概 要	医療福祉事業
事 業 所 数	7カ所

【重要事項説明の年月日】

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

当事業所は、訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

事業 者	所 在 地	福山市木之庄町二丁目7番2号
	事 業 者 名	福山医療生活協同組合
	代 表 者 名	理事長 山崎 弘貴
	事 業 所 名	福山医療生活協同組合 訪問看護ステーションしあわせ
	説 明 者 氏 名	

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	

代理人	住 所	
	氏 名	