訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。
愛知県知事指定　第 2363890365 号

当事業所はご利用者に対して指定訪問看護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

１．事業者

法人名	株式会社三喜ハンズ
法人所在地	愛知県小牧市高根一丁目 310 番地 1
連絡先	TEL　0568-68-8918
代表者氏名	代表取締役　三輪憲一

２．事業所の概要

事業の目的 運営方針	① 指定訪問看護の実施にあたっては、かかりつけの医師の指示のもと、対象者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援するものである。 ② 訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。
事業所の名称	訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ
事業所の所在地	愛知県小牧市高根一丁目 310 番地 1
連絡先	TEL　0568-68-8918　　FAX　0568-68-8919

３．職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問看護サービスを提供する職員として、
以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉　令和 4 年 9 月 1 日現在

職種	人数	勤務形態等
管理者	1 名	管理者
訪問看護師	9 名	常勤兼務　2 名（内 1 名は管理者）

		非常勤兼務　7名

４．事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	小牧市　春日井市
事務所の営業日・営業時間	月曜日～金曜日までとする。 午前９時００分から午後６時００分
サービス提供日・時間	365 日 24 時間対応可能

５．当事業所が提供するサービス内容・料金

（１）サービス内容

① 健康状態の観察（血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察）
② 日常生活の看護（清潔・排泄・食事など）
③ 在宅リハビリテーション看護（寝たきりの予防・手足の運動など）
④ 療養生活や介護方法の指導
⑤ 認知症の介護・お世話と悪化防止の相談
⑥ カテーテル類の管理・褥瘡の処置など医師の指示に基づいての看護
⑦ 生活用具や在宅サービス利用についての相談
⑧ 終末期の看護
⑨ その他医師の指示による医療処置等

（２）利用料金

介護保険対象の方『訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ料金一覧表　【介護保険】』参照
医療保険対象の方『訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ料金一覧表　【医療保険】』参照

〇利用者負担金

（介護保険利用者負担）

利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスであるときには、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

〇利用者負担金（医療保険法定利用料）

後期高齢者	・（基本療養費＋管理療養費＋加算分）× 負担割合となります。			
	①	一般（②,③以外の方）	一割負担	月額上限　18,000 円
	②	市民税非課税世帯の方で 限度額適用・標準負担額減 額認定証をお持ちの方	一割負担	月額上限　8,000 円

<table>
<tr><td></td><td>
<table>
<tr><td>③</td><td>一定以上所得の方</td><td>三割負担</td><td>月額上限　44,400 円</td></tr>
</table>
※一定以上の方は、後期高齢者保険の窓口に届け出てみとめられれば一割負担となる場合があります。
</td></tr>
<tr><td>一般の健康保険等</td><td>・（基本療養費＋管理療養費＋加算分）×負担割合となります。
・ 重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります。</td></tr>
</table>

◆１ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町へ申請致しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※いずれも医療費控除の対象となります。

〇その他の利用料

・実施地域を越えた地点から、その実施地域を越えた地点から自宅まで１㎞２０円の額を徴収する。

死後の処置料は、20,000 円とする。

（３）利用料金のお支払い方法

・前記（１）、（２）の費用は、１ヶ月分をまとめて請求させていただきます。

・支払方法：金融機関口座からの自動振替となります。

・支払日　：サービス提供月の翌月 26 日に振替口座より引き落とさせていただきます。

（４）利用の中止、変更、追加

・ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問看護サービスの利用を中止又は変更、もしくはサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日１５時までに事業者に申し出て下さい。

・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日午後１５時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日午後１５時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の５０％

・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問看護師の稼動状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

６．サービス利用にあたっての留意事項

（１）サービス提供を行う訪問看護師

サービスの提供にあたっては、複数の訪問看護師が交代してサービスを提供します。

（２）サービス実施時の留意事項

①定められた業務以外の禁止

利用者は「５　当事業所が提供するサービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問看護サービスの実施に関する指示・命令

訪問看護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

但し、事業者は訪問看護サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に充分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問看護サービス実施のために必要な居室の備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

（３）サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（４）事故時の対応

事業所は、利用者に対する看護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに必要な処置を講じます。

７．苦情の受付について

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は全職員が受付けますが、苦情受付け窓口も設けてあります。

苦情受付窓口	訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ
担当者	疋嶋　理絵子

（２）当事業所以外の苦情受付機関

愛知県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 8:45～17:15 電話番号　052-971-4165
名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課	ご利用時間 平日 8:45～17:15 電話番号　052-972-3087
小牧市健康福祉部介護保険課	ご利用時間 平日 9:00～16:00 電話番号　0568-76-1153
春日井市健康福祉部介護・高齢福祉課	ご利用時間 平日 8:30～17:00 電話番号　0568-85-6182

８．虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずる。

① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を年１回定期的に開催しその結果について従業者に周知徹底を図ります。

② 虐待の防止のための指針を整備します。

③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年１回定期的に実施します。

④ 上記（1）から（3）までを適切に実施するための担当者を設置します。

高齢者虐待防止責任者	訪問看護ステーションＫＯＫＯＲＯ

９． 衛生管理等

① 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

② 訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

③ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。

④ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。

⑤ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。

⑥ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

１０． 業務継続計画の策定等について

① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

※ ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

説明年月日　　令和　　年　　月　　日

説明者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。