

重要事項説明書

1, 事業所の概要

事業所名	神奈川県みなみ医療生活協同組合 衣笠訪問看護ステーション
所在地	〒238-0032 横須賀市平作7-10-27
事業者指定番号	1461990019号
提供サービス	訪問看護・介護予防訪問看護
管理者・連絡先	川上 妙子 TEL 046-852-5212
サービス提供地域	横須賀市、逗子市、葉山町

2, 事業所の職員体制

職種	従事する業務	人員
管理者	従業員の管理、利用申込みに係る調整、業務把握及び管理	1名
サービス担当職員	看護師	3名以上
事務職員	事務	1名以上

3, 営業時間

区分	平日	土曜日
営業時間	9:00~17:00	9:00~13:00

(注) 日・祭日及び12月29日~1月3日は休業します。

訪問日が祭日となった場合は御相談させていただき、日時の振り替えを行っています。

常時、利用者やその家族からの電話等による24時間連絡が可能な体制をとっています。

4. サービス利用料及び利用者負担

利用料は介護保険の法定利用料に基づく金額です。

市町村より交付される介護保険負担割合証の内容で負担割合が変わります。

サービス時間		利用料	1割利用者 負担額	2割利用者 負担額	3割利用者 負担額
<input type="checkbox"/> 訪問看護20分未満	1回につき	3,231円	324円	647円	970円
<input type="checkbox"/> 訪問看護20分以上30分未満	1回につき	4,815円	482円	963円	1,445円
<input type="checkbox"/> 訪問看護30分以上60分未満	1回につき	8,474円	848円	1,695円	2,543円
<input type="checkbox"/> 訪問看護1時間以上1時間30分未満	1回につき	1,1630円	1,163円	2,326円	3,489円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ40分未満	1回につき	6,056円	606円	1,212円	1,817円
<input type="checkbox"/> 訪問リハ60分未満	1回につき	4,558円	456円	912円	1,368円
<input type="checkbox"/> サービス提供体制強化加算Ⅰ	1回につき	64円	7円	13円	20円

なお、必要に応じて別途利用料が発生します。

サービス名称	内容			利用料	1割利用者 負担額	2割利用者 負担額	3割利用者 負担額
<input type="checkbox"/> 初回加算	初回の訪問看護を行った月もしくは過去2か月間訪問看護の提供を受けていない場合		初回のみ	3,210円	321円	642円	963円
<input type="checkbox"/> 退院時共同指導加算	病院・診療所・介護老人保健施設に入院中・入所中の方が退院・退所するときに、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が退院時共同指導を行った後に、退院・退所後の最初の指定訪問看護を行った場合		1回	6,420円	642円	1284円	1,926円
<input type="checkbox"/> 緊急時介護予防訪問看護加算	状態の変化等に対し、電話対応及び計画的ではない緊急訪問を希望する場合 緊急訪問した時間で上記サービス時間相応の料金が発生致します。		1ヶ月	6,141円	615円	1,229円	1,843円
<input type="checkbox"/> 特別管理加算	医療処置のある場合	管理加算Ⅰ	1ヶ月	5,350円	535円	1,070円	1,605円
		管理加算Ⅱ		2,675円	268円	535円	803円
<input type="checkbox"/> 早朝・夜間・深夜訪問看護加算	早朝・夜間・深夜に訪問看護を行った場合◆		1回	早朝・夜間 深夜	125%増 150%増		
<input type="checkbox"/> 看護体制強化加算	要件を満たした月のみの加算		1ヶ月	1,070円	107円	214円	321円

※地域加算 横須賀市 5級地 単価に10.70乗じる

◆早朝 6:00~8:00 夜間 18:00~22:00 深夜 22:00~6:00

- ① 特別管理加算対象者の長時間訪問加算。
1時間30分以上の訪問看護となる場合は1回につき、3,210円
(利用者1割負担321円/利用者2割負担642円/利用者3割負担額963円)が加算。
- ② 特別管理加算Ⅰ・Ⅱの算定要件について
特別管理加算Ⅰ
在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること。
特別管理加算Ⅱ
在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態等であること。
- ② 複数名訪問看護(介護予防含む)加算Ⅰ
同時に複数の訪問看護が利用者又は、家族の同意を得て訪問看護を行った場合に加算。対象および料金は以下の通りです。
a. 利用者の身体的理由により、一人の看護師では困難と認められる場合。
b. 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合。
c. その他、利用者の状況から判断し、①又は②に準ずると認められる場合。

所要時間		利用料	利用者 1割負担額	利用者 2割負担額	利用者 3割負担額
30分未満の場合	1回につき	2,717円	272円	544円	816円
30分以上の場合	1回につき	4,301円	431円	861円	1,291円

- ④ 自費料金
a. 介護保険外サービス、または支給限度額を超えて利用された場合は、介護報酬の10割相当の請求となります。
b. 時間外・祝祭日にタクシーを利用して訪問した場合には実費請求となります。
c. ご自宅でご逝去し処置を実施した場合には、営業時間内6千円、時間外9千円となります。

<キャンセルについて>

ご都合によりサービスを中止にする場合には、できるだけ利用の前日までにご連絡下さい。なお、キャンセル料は不要です。

5. 支払い方法

次のいずれかの方法によりお支払い頂きますようお願いいたします。

- ① 自動口座引落 (ご指定口座から翌月27日に負担金をお支払願います。)
② 現金払い (毎月15日に前月分の負担金をお支払願います。)

6. 当事業所のサービスの方針等

- (1) 当事業所は、生活協同組合が運営する事業所です。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て事業をすすめます。利用者アンケート調査を定期的に行い、意見等を把握する取り組みを実施しております。第三者機関による評価の実施は受けておりません。
(2) 当事業所が行う訪問看護の実施にあつては、地域の病院、診療所や行政、医師会をはじめとする保健・福祉関係機関と連携をもち、親切であたたかい訪問看護を提供します。

7, 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、次の窓口で対応します。

当事業所 電話番号 046-852-5212
 相談員(責任者) 川上 妙子
 対応時間 (平日) 9:00~17:00
 (土曜日) 9:00~13:00

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

【介護保険相談窓口リスト】

横須賀市介護保険窓口 民生局福祉こども部介護保険課給付係	月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 046-822-8253 直通
逗子市介護保険窓口 福祉部介護保険課介護保険係	月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 046-873-1111 内線268
葉山町 福祉部福祉課 介護保険相談窓口	月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 046-876-1111 内線232
神奈川県国民健康保険団体連合会 介護苦情相談係	月曜日～金曜日 8:30～17:00 TEL 045 (329) 3447

8, 衛生管理等

当事業所は、看護師等の清潔の保持および健康状態の管理を行い、また、設備および備品等の衛生的な管理に努めます。

9, 緊急時および事故発生時の対応

緊急時および事故発生時、看護師はご利用者様の生命維持・安全確保を最優先に対応し、ご家族・主治医・市町村等関係各所へ速やかに連絡報告します。事故発生時の状況は記録に残し看護師の過失が認められる場合には損害賠償をします。

また、日常的に事故防止の研修に励むとともに、事故発生後は事故の原因分析を実施し事故防止策を講じます。

ご家族の緊急連絡先

主治医	主治医名	
	医療機関名	
	所在地及び連絡先	
ご家族	緊急連絡先(続柄)	
	住所	
	電話番号	
ご家族	緊急連絡先(続柄)	
	住所	
	電話番号	

10, 大規模な災害時や積雪時の対応

大規模な災害等にて、訪問看護ステーション及び道路交通等に支障をきたした場合、計画的なサービス・緊急対応が出来ない場合があります。ご了承ください。

11, 神奈川みなみ医療生活協同組合の概要

- (1) 代表者名 藁谷 收
- (2) 生協本部所在地 横須賀市衣笠栄町2-19
- (3) 業務の概要 医療事業、保健予防事業、介護福祉事業、
- (4) 事業所紹介 ①衣笠診療所 ②逗子診療所③三浦診療所
④衣笠訪問看護ステーション ⑤みうら訪問看護ステーション
⑥医療生協在宅福祉センター
⑦みうらヘルパーステーション ⑧デイサービスみうら
⑨デイサービス「元気」 ⑩ショートステイ安護楽

西暦 年 月 日

上記の通り重要事項説明書を交付し説明しました。

(事業者) 所在地 横須賀市平作7-10-27

神奈川みなみ医療生活協同組合
事業者名 衣笠訪問看護ステーション

説明者 _____ 印

上記の通り重要事項説明書を交付され説明を受け同意しました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住所 _____

氏名 _____ 印