

穂の国訪問看護ステーションマチニワ

重要事項説明書

介護保険・介護予防

(令和6年6月1日現在)

重要事項説明書

1. 事業者の概要

法人の名称	医療法人信愛会
所在地	愛知県豊川市国府町流霞103番地
電話番号	(0533) 88-2235
代表者	理事長 大石 明宣

2. 事業所の概要

事業所の名称	穂の国訪問看護ステーション マチニワ
事業名	訪問看護事業・介護予防訪問看護事業
所在地	愛知県豊川市光明町一丁目19番地の10
電話番号	0533-56-7890
管理者	佐宗 みど里
指定番号	愛知県2362690105号
指定年月日	平成26年2月1日
所轄保健所名	豊川保健所
事業実施日時	午前8時30分～午後5時30分 年中無休
事業実施地域	豊川市全域

3. 職員体制及び勤務体制

令和6年6月1日現在

	常勤		非常勤		備考
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			看護師と兼務
看護師		8		2	管理者と兼務1名 介護看護多機能サービス マチニワと 常勤7名兼務、非常勤2名兼務
理学療法士				4	
作業療法士				2	
言語聴覚士				1	
事務員	1				

従業員の種別	勤務体制
管理者	午前8時30分～午後5時30分（月～金）
看護師	午前8時30分～午後5時30分 （24時間対応 夜間は当番制）
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	午前8時30分～午後5時30分（月～金）
事務員	午前8時30分～午後5時30分

4. 事業の目的と運営方針

<p>事業の目的・・・医療法人信愛会が開設する穂の国訪問看護ステーション マチニワ（以下「ステーション」という。）が行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、ステーションの看護職員、その他の従業者（以下「看護職員等」という。）が、病気やけが等により家庭において継続して療養を受ける状態にあり、かかりつけの医師が指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護（以下「サービス」という。）の必要を認めた利用者に対し、適正な訪問看護を提供することを目標とする。</p>
<p>運営の方針・・・</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ステーションの看護職員等は、利用者の心身の特性をふまえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が維持できるように支援する。 2. 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

5. 利用料金

(1) 保険給付の自己負担額

1 単位＝10,21円とし、総額から介護保険負担割合証に応じた保険給付額を差し引いた額を負担していただきます。

(2) 実費利用料

提供を受ける訪問看護サービスが介護保険の適用外となるサービスについては、利用料を全額お支払いいただきます。

【基本報酬】

	要 介 護	要 支 援
所要時間 20 分未満	3 1 4 単位	3 0 3 単位
所要時間 30 分未満	4 7 1 単位	4 5 1 単位
所要時間 30 分以上 1 時間未満	8 2 3 単位	7 9 4 単位
所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満	1, 1 2 8 単位	1, 0 9 0 単位

早朝夜間・深夜の月 2 回目以降の訪問については基本報酬に以下の加算

- ・早朝（6 時～8 時）・・・・・・・・・・ 2 5 % 加算
- ・夜間（1 8 時～2 2 時）・・・・・・・・・・ 2 5 % 加算
- ・深夜（2 2 時～翌 6 時）・・・・・・・・・・ 5 0 % 加算

- ◇緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（支給限度額管理の対象外） 6 0 0 単位／月
- ◇看護体制強化加算（Ⅰ） 5 5 0 単位／月
- ◇看護体制強化加算（Ⅱ） 2 0 0 単位／月
- ◇看護体制強化加算（予防訪問看護） 1 0 0 単位／月
- ◇サービス提供体制強化加算（Ⅰ）（支給限度額管理の対象外） 6 単位／回
- ◇サービス提供体制強化加算（Ⅱ）（支給限度額管理の対象外） 3 単位／回

◇特別管理加算（Ⅰ）（支給限度額管理の対象外） ※留置カテーテル等を使用している状態など	500単位/月
◇特別管理加算（Ⅱ）（支給限度額管理の対象外） ※在宅酸素、真皮を超える褥瘡の状態など	250単位/月
◇長時間訪問看護加算（1時間30分以上の場合） ※特別管理加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定している方のみ	300単位/回
◇複数名訪問加算（Ⅰ）30分未満	254単位
30分以上	402単位
◇退院時共同指導加算 ※退院退所時主治医等と連携した場合1回・特別な管理を要する場合2回	600単位/回
◇初回加算（Ⅰ）退院日に初回訪問した場合	350単位
◇初回加算（Ⅱ）退院日以降に初回訪問した場合	300単位
◇ターミナルケア加算（支給限度額管理の対象外）	2,500単位
*エンゼルケア	10,000円（実費）
*エンゼルケア用品	3,500円（実費）
*文書料（医療費控除証明書）	550円（実費）
*交通費	不要

（3）支払い方法

利用料は毎月末締とし翌月の15日頃に請求書を発行いたします。お支払いは口座振替にて指定日に振り替えさせていただきます。口座振替を利用されない方につきましては、翌月末日までに指定金融機関にお振り込みいただくか、現金にてお支払いいただきます。

なお、領収書の再発行はいたしかねますので、大切に保管くださいますようお願いいたします。

（4）キャンセル料

キャンセル料はいただきません。利用中止の場合は、電話にてステーションにご連絡ください。

（5）その他

ステーションは、利用者が支払うべき介護給付サービスに要した費用について、介護サービス費として市町村から給付を受ける額（以下「介護給付額」という。）の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます（代理受領）。利用者は、サービス利用料金から介護給付額を差し引いた額をステーションに支払います。ただし、要介護認定前にサービスを受け、その後審査会において自立と認定された場合は、サービス利用料金の全額相当分をステーションに支払うものとします。

また、利用者の被保険者証に支払い方法の変更の記載（保険料を滞納しているため、償還払いになる旨の記載）がある場合は、一旦費用の全額をステーションに支払い、居住地の介護保険担当窓口にて申請のうえ、介護保険適用分の払い戻しを受けていただくこととなります。

なお、社会情勢の変化や介護保険法などの法改正に伴い、保険給付の単位数並びに利用料金等の改正があった場合、今後は別紙にてその内容を明記し説明のうえで同意を得るものとします。

(6) 保険給付の請求のための証明書の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付いたしますのでお申し出ください。

6. サービスの内容

ご利用日： 毎週 ・ 隔週 () 曜日
内 容：

- (1) 利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供いたします。
- (2) 利用者の機能の維持、回復を図るよう適切にサービスを実施いたします。
- (3) サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明いたします。もし分からないことがありましたら、いつでも担当看護師に質問してください。
- (4) 提供したサービスに関しては、利用者の健康手帳等の医療の記録に必要な事項を記載いたします。
- (5) サービスの提供開始に際しては、主治医の文書による指示に従います。
- (6) ステーションは主治医に対し訪問看護計画書及び訪問看護報告書（介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書を含む。）を提出いたします。

7. 担当の職員

担当の訪問看護職員は、以下の通りです。

() 看護師 上記の責任者は 佐宗 みど里 です。

8. 担当職員の変更

- (1) 利用者はいつでも担当の訪問看護職員の変更を申し出ることができます。その場合、ステーションはサービスの目的に反する等変更を拒む正当な理由がない限り変更の申し出に応じます。
- (2) ステーションは、担当の訪問看護職員が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問看護職員を変更することがあります。その場合には、事前に利用者の了解を得ます。

9. 身分証携行義務

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者またはその家族等から提示を求められたときは、いつでも身分証を提示いたします。

10. 緊急時の対応方法

利用者の主治医または事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。		
利用者の主治医	氏 名	
	所属医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先	氏 名	当番の看護師
	電話番号(携帯電話)	090-6805-7382

11. 秘密保持の義務

ステーションは、正当な理由がない限りその業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を保持する義務を負います。職員が退職後も正当な理由なく在職中に知り得た利用者及びその家族等の秘密を漏らすことのないよう、必要な措置を講じます。

なお、利用者及びその家族等に関する個人情報について、別に定める「個人情報の利用目的」に記載の範囲内で利用できるものとし、予め利用者またはその家族等より同意書の提出をいただいた上で、利用するものとします。

12. 苦情処理

利用者は、ステーションのサービス提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。

苦情申立窓口

穂の国訪問看護ステーション マチニワ	(0533) 56-7890 (佐宗)
東三河広域連合介護保険課	(0532) 26-8471
愛知県国民健康保険団体連合会(介護福祉課)	(052) 971-4165

13. 事故発生時の対応等

ステーション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は、東三河広域連合もしくは市町村、当該利用者の家族等、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。また、この事故の状況及び事故に際して採った処置については記録するものとし、記録は5年間保存します。

なお、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、天災地異等不可抗力による場合を除き、速やかに誠意を持って損害賠償を行います。ただし、当該事故の発生につき、ステーションに故意過失がない場合はこの限りではありません。また、利用者に重過失がある場合は、損害賠償の額を減じることができます。

1 4. 虐待の防止のための措置に関する事項

ステーションは、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

- (1) ステーションにおける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します。)を定期的で開催するとともに、その結果について、看護職員等に周知徹底を図ります。
- (2) ステーションにおける虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) ステーションにおいて、看護職員等に対し、虐待の防止のための研修を定期的に(年1回以上)実施します。

2 前項各号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くものとします。

1 5. 第三者による評価の実施状況(居宅介護支援事業所は除く)

第三者による評価の	1 あり
実施状況	② なし

訪問看護・介護予防訪問看護 重要事項説明同意書

当事業所は、令和6年6月1日現在の重要事項説明書に基づいて訪問看護サービスの内容及び重要事項を説明いたしました。

令和 年 月 日

事業所 住 所 愛知県豊川市光明町一丁目19番地の10

事業所名 穂の国訪問看護ステーション マチニワ

管 理 者 _____

説 明 者 _____

私は、令和6年6月1日現在の重要事項説明書に基づいて訪問看護サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者 氏 名 _____

署名代行者 _____

続 柄： _____

家 族 氏 名 _____
(代理人)

続 柄： _____