

指定（介護予防）訪問看護 重要事項説明書

－ 必ずお読みください －

医療法人財団 友朋会

訪問看護ステーション まごころ

令和8年6月 改定版

<指定（介護予防）訪問看護事業内容のご説明>

あなたに対する訪問看護のサービス提供にあたり、厚労省第37号第83条に基づいて、当事業者があなたにご説明すべき事項内容は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	医療法人財団 友朋会
事業者の所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地
法人種別	医療法人財団
代表者名	理事長 中川 龍治
電話番号	0954-43-0157

2. ご利用の事業所

事業所の種類	訪問看護
事業所の名称	訪問看護ステーション まごころ
事業所の所在地	佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙1919番地
管理者の氏名	石原 由紀子
電話番号 FAX番号	0954-43-1941 0954-20-2532
開設年月日 指定事業所番号	平成12年4月1日 4161790011

3. 事業の目的

当訪問看護ステーションは、人間愛の精神を基盤に、要介護状態となられた方々が、可能な限り居宅において、心身ともに健やかで、その能力に応じた自立した日常生活を送っていけるようきめ細やかなサービスを提供し、その療養生活を支援し、心身の維持回復を目指し、心豊かに生活していけるよう援助していくことを目的とします。

4. 事業の運営方針

- 1) 指定（介護予防）訪問看護の提供にあたっては、主治の医師と密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者様の心身機能の維持回復が図れるよう適切に行います。
- 2) 指定訪問看護の提供にあたっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者様又はその御家族に対し、療養上必要とされる事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。

- 3) 指定（介護予防）訪問看護の提供にあたっては、医学の進歩に対し、適切な看護技術をもって、これを行います。
- 4) 指定（介護予防）訪問看護の提供にあたっては、常に利用者様の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者様又はその御家族に対し、適切な指導を行ないます。

5. 従業員の人数及び職種・職務内容

	人数	常 勤		職 種	業 務 内 容
		専従	兼務		
管 理 者	1		1	看 護 師	適切な訪問看護がおこなわれるよう必要な管理業務を行う
看護職員	2 以上	2 以上		看 護 師	訪問看護計画書を作成し、内容を利用者又はその家族に説明後、計画に基づいたサービスを提供する事業に係る事務作業を管理する
	1	1		准看護師	
事 務 員	1		1	事 務 員	事業に係る事務作業を管理する

6. 営業日及び営業時間

営 業 日	毎週月曜日から金曜日までと第1土曜日です。 但し、12月30日から1月3日までと祝祭日を除きます。
営 業 時 間	8：30から17：00までです。 第1土曜日は、12：30までです。
サービス対応日	営業日に加え、土日祭日も可能です。
サービス対応時間	7：00から20：00まで可能です。

7. サービスの概要

- | | |
|-----------------------------|-------------------|
| 1) 日常生活の援助 | 2) 医師の指示に基づく診療の補助 |
| 3) 療養生活及び健康についての相談 | 4) 在宅でのリハビリテーション |
| 5) 精神面での援助 | 6) 認知症老人の看護 |
| 7) 利用者及び家族介護者に対する支援 | |
| 8) 介護保険適応サービスと医療保険適応サービスの提供 | |

8. 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は嬉野市内及び武雄市（武内町・若木町を除く）、鹿島市（七浦・飯田を除く）、有田町（旧有田町）、長崎県東彼杵郡波佐見町の各地域とします。

9. 利用料金

基本料金			
	30 分未満	30 分 ～ 1 時間未満	1 時間 ～ 1 時間 30 分未満
要介護	4,710 円	8,230 円	11,280 円
要支援	4,510 円	7,940 円	10,900 円

1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の 1 割、2 割、3 割のいずれかでの自己負担となります。
※自己負担の割合については「介護保険負担割合証」で確認させていただきます。
但し、介護保険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) 准看護師が指定訪問看護を行った場合は、基本料金の 10 % 減額となります。

3) 夜間又は早朝に指定訪問看護を行った場合は基本料金の 25 % 増し、深夜に行った場合は 50 % 増しとなります。

4) 利用者様の状況により職員が 2 名以上で訪問した場合は、同意を得た上で訪問 1 回あたり下記料金を追加徴収させていただきます（複数名訪問加算）。

❖ 2 名の看護師等	(訪問時間)	30 分未満の場合	2,540 円
		30 分以上の場合	4,020 円
❖ 看護師と看護補助者	(訪問時間)	30 分未満の場合	2,010 円
		30 分以上の場合	3,170 円

5) 初回加算

(1) 初回加算Ⅰ (初回訪問の月のみ) 3,500 円
新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合に追加徴収させていただきます。

(2) 初回加算Ⅱ (初回訪問の月のみ) 3,000 円
新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して訪問看護を提供した場合に追加徴収させていただきます。

6) 退院時共同指導加算 (初回訪問の月のみ) 6,000 円
入院中または入所中の者が退院又は退所するにあたり、主治医その他の職員と共同し在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に追加徴収させていただきます。

※ 5)又は 6)の追加徴収は、どちらか片方のみとなります。

7) サービス提供体制強化加算 (訪問 1 回あたり) 60 円
厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所が、利用者に対し指定訪問看護を行った場合に追加徴収させていただきます。

8) 介護職員等処遇改善加算
月の所定単位数×加算率 (1.8%) ×地域単価 (10 円) ×自己負担割率
例) 要介護の場合 829 円×1.8%×10 円×自己負担率 (1 割) =15 円 (1 回の訪問)

※当事業所において、訪問看護費に定める加算の内、上記以外の加算については算定いたしません。

実費負担
生活上必要な物品（処置材料費ほか）については、実費負担となります。

10. 苦情などの申し立て先

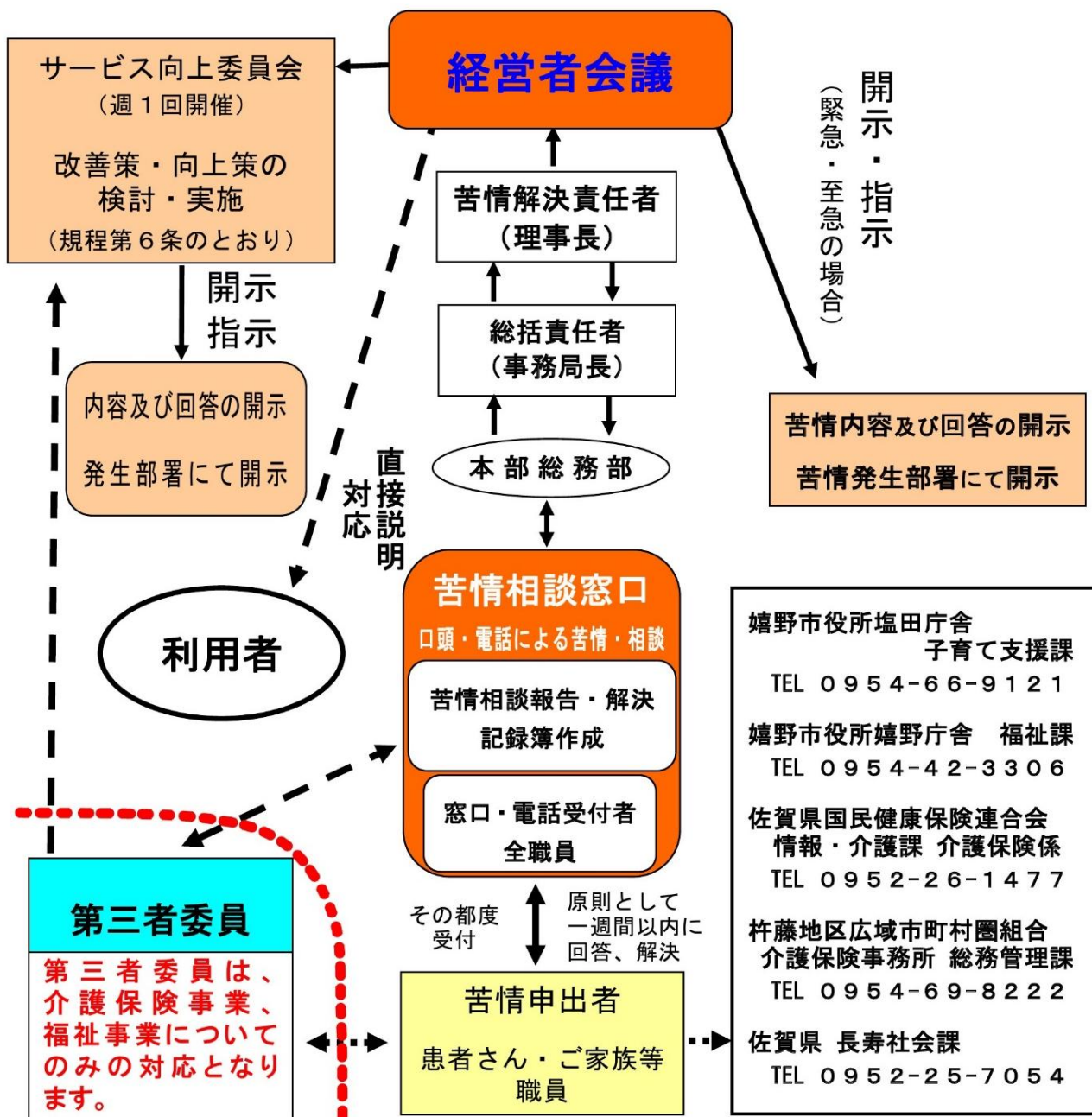
1)当事業所・当会における苦情のご相談は、以下の窓口で受け付けます。

窓口及び担当者	訪問看護ステーション まごころ 石原 由紀子（管理者） （電話番号） 0 9 5 4 - 4 3 - 1 9 4 1
担 当 責 任 者	医療法人財団 友朋会 苦情相談窓口（地域連携室） （電話番号） 0 9 5 4 - 4 3 - 0 2 5 5

2)行政機関、その他の苦情受付機関は以下の通りです。

嬉野市役所塩田庁舎・子育て支援課	（電話番号） 0 9 5 4 - 6 6 - 9 1 2 1
嬉野市役所嬉野庁舎・福祉課	（電話番号） 0 9 5 4 - 4 2 - 3 3 0 6
佐賀県国民健康保険連合会 介護保険係	（電話番号） 0 9 5 2 - 2 6 - 1 4 7 7
杵藤地区広域市町村圏組合 介護保険事務所総務管理課	（電話番号） 0 9 5 4 - 6 9 - 8 2 2 2
佐賀県長寿社会課	（電話番号） 0 9 5 2 - 2 5 - 7 0 5 4

【苦情解決の組織体制及び苦情報告・解決の流れ】



<当事業所をご利用の際に留意いただく事項>

1. サービスの開始と終了

開 始	訪問看護は、医師の指示に基づき開始いたします。 サービスの開始・継続に際しまして定期的な診療が必要になりますのであらかじめ御了承ください。
終 了	1) 利用者様の意思表示があった時、及び利用者様が介護保険施設や医療機関へ入所または入院された時。 2) 利用者様が自立（非該当）と確認された時。 3) 利用者様が死亡された時。

2. サービスの内容と提供

当事業所は、職員を利用者様の居宅に派遣し、訪問看護計画に沿ってサービスを提供し、実施ごとに内容等を記録書に記入します。サービス提供記録については契約の終了後2年間保管し、利用者様の求めに応じ閲覧、又は複写物を交付します。

但し、複写に際しては、利用者様に対して実費相当額（1枚54円）を請求できるものとします。

3. 個人情報と守秘義務

当事業所の従業員は、ガイドラインに基づき、個人情報の適切な取り扱いを行い、利用者様やご家族様の秘密を一切漏らす事はありません。また、従業員が退職後、その業務上知り得た利用者様やそのご家族様の秘密を漏らすことがないように誓約書を交わし、教育指導を徹底致します。

但し、サービス担当者会議等で利用者様へのより良いサービス提供のため利用者様やそのご家族様の個人情報が必要となる場合がございます。その際は必要最低限の情報を提供することがありますので、あらかじめご了承ください。

4. 緊急時・事故発生時の対応

当事業所は、訪問看護サービスの提供を行なっている際に利用者様に病状の急変や事故等が生じた場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行なうとともに、主治医及びご家族、居宅介護支援事業所、市町へ速やかに連絡を行い、必要な措置を講じます。

5. 損害責任

当事業所は、サービスの提供に当たって利用者様の生命・身体・財産等に損害を与えた場合は、事実関係を確認の上、損害を賠償します。但し、利用者様又はそのご家族様に過失がある場合は、賠償額を減額又は支払わないことがあります。

6. ご利用料金の請求

毎月、月末締めにて15日前後に請求書を発行し、一括して徴収させていただきます。料金の支払いが滞納した場合は、サービスを中止させていただく場合があります。

7. サービス利用申込手続き

当事業所の説明を受けられた内容につきましてご理解いただき同意された方は、別紙の同意書及び利用契約書に記入の上、担当者にお渡し下さい。

8. 虐待防止のための措置

サービス提供中に当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町へ通報します。

利用者の人権擁護・虐待等の未然防止・早期発見のため、次の措置を講じます。

- （1）虐待防止体制として専任の担当者の選出、対策を検討する委員会の実施
- （2）指針の整備、虐待を防止するための従業者に対する研修の実施
- （3）利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- （4）その他、虐待防止のために必要な措置

9. 第三者評価機関による評価は実施しておりません。

重要事項説明書への同意及び

「訪問看護ステーションまごころ」との利用契約書

私は、事業者より重要事項説明書についての説明を受け、同意しました。
その上で、以下の利用者について指定（介護予防）訪問看護サービスについての利用契約を致します。

令和 年 月 日

利 用 者	氏 名	フリガナ		性 別		
		⑩		男 ・ 女		
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 （ 歳）				
	住 所	〒 □ □ □ - □ □ □ □				
申 請 者	氏 名	フリガナ		性 別		利用者との続柄
		⑩		男 ・ 女		
	住 所	〒 □ □ □ - □ □ □ □				
緊 急 連 絡 先	①	氏 名：		続柄（ ）		
		携帯番号：		固定電話：		
	②	氏 名：		続柄（ ）		
		携帯番号：		固定電話：		

利用者の申し込みを受諾し、訪問看護の提供を誠実かつ責任をもって実施して参ります。

事 業 者 所 在 地 佐賀県嬉野市嬉野町大字下宿乙 1919 番地
事業者(法人)名 医療法人財団 友 朋 会
代表者職・氏名 理事長 中 川 龍 治 印

重要事項説明書の内容を説明したうえで、契約に立ち会いました。

立 会 人 氏 名 _____ 印