

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人・有誠福社会

まこと訪問看護ステーション

指定訪問看護・指定介護予防訪問看護

徳島県事業所指定番号

3 6 6 1 2 9 0 0 1 9

< 令和6年10月1日現在 >

当事業所はご契約者に対して指定訪問看護及び介護予防訪問看護サービスを提供します。サービス提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業所が契約者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

★ 目次 ★

1.	事業所概要	2
2.	事業の目的と運営方針	2
3.	営業時間	2
4.	職員体制	2
5.	利用料	3
	介護保険の場合	3
	医療保険の場合	4
6.	介護保険の対象外サービス	5
7.	その他のサービス利用料	5
8.	事故発生時の対応	6
9.	緊急時連絡体制	6
10.	緊急時の対応方法	6
11.	苦情申立窓口	7

1. 事業所概要

法人の名称	社会福祉法人 有誠福祉会
代表者名	理事長 手束 直胤
事業所名称	まこと訪問看護ステーション
指定番号	徳島県 3661290019号
事業所の所在地	徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円103番-2
連絡先	TEL (088) 674-7291
	FAX (088) 679-6037

2. 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護者の心身の特性を踏まえて、利用者の意思を尊重し、日常生活の維持、回復を図ると共に、在宅医療を推進し、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。
運営の方針	地域との結び付きを重視し、他の保健、医療、又は福祉サービスと密接な連携を図り、良質の訪問看護サービスを提供するものとする。

3. 営業時間

営業日 月曜日から土曜日 午前8:45～午後17:30

休日 日曜日・祝日・お盆・年末年始(12/29～1/3)

但し、緊急時や医療処置等、医師の指示にて必要な場合は訪問いたします。

4. 職員体制

<サービス提供者> 看護師 7名(常勤4名・非常勤3名)
理学療法士 2名(常勤)

<専任従事者>

山本 智子	橋本 慈
米田 容子	木内 香奈子
吉岡 麻美	小林 数枝
阿部 麻美	
川村 真紀	岩佐 学

令和6年10月1日現在

上記の責任者は、山本 智子(管理者)です。

5. 利用料

◆ 介護保険の場合

負担：通常はサービス利用費の1割

算定項目	看護師の訪問		
	営業時間の訪問	夜間・早朝	深夜
理学療養士による訪問看護	294 円/回(介護) 284 円/回(予防) (1日に3回以上50/100)	理学療法士による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問するものです。 理学療法士等が利用開始日の属する月から12月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は、1回につき5単位を減算となります。	
	営業時間の訪問	夜間・早朝	深夜
30分未満(介護予防)	471 円/回 (451 円/回)	589 円/回 (564 円/回)	707 円/回 (677 円/回)
60分未満(介護予防)	823 円/回 (794 円/回)	1029 円/回 (993 円/回)	1235 円/回 (1191 円/回)
90分未満(介護予防)	1128 円/回 (1090 円/回)	1410 円/回 (1363 円/回)	1692 円/回 (1635 円/回)
緊急時訪問看護加算	600 円/月1回	24時間連絡(対応)体制をとっている事業所で、計画的な訪問以外に必要時、電話相談や緊急訪問を行うことに対して1ヶ月に1回算定するというもの	
特別管理加算	250 円/500 円月1回	医療機器等の特別な管理を必要とする(別に厚生労働大臣が定める)方に対して計画的な管理を行うことに対して1ヶ月に1回算定するというもの	
サービス提供体制強化加算1	6 円/1回あたり	R3.4月～変更された加算で厚生労働省が定める一定の基準を満たしている事業所を評価して加算するもの	
複数名訪問加算	254 円・402 円/1回につき	H21.4月～新設された加算で、同時に複数名の看護師等が訪問看護を行った場合に加算するもの	
ターミナルケア加算	2,500 円/死亡月のみ	死亡前14日以内に2回以上のターミナルケアを行った場合(24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む/予防は除く)	

1単位=10円で算定、特別地域加算一なし、准看護師の場合は90%

- * 介護支援専門員(ケアマネージャー)の計画に基づきます。
- * 利用者負担は1割として表示しています。(実際の請求額は負担割合証に基づいて計算します。)
- * 利用者の都合による訪問の中止でご連絡のない場合は、キャンセル料を頂くことになります

以上の単位数及び加算算定での介護(予防)訪問看護サービスを同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

署名代行者

本人との関係

() 印

◆ 医療保険の場合

負担：通常はサービス利用費の1～3割

訪問看護基本療養費Ⅰ	週3回まで	555円/回
	週4回以降	655円/回
訪問看護基本療養費Ⅱ	週3回まで	278円/回
(同一施設への同一日に3名以上訪問の場合)	週4回以降	328円/回
	(准看護師の場合90%)	
訪問看護管理療養費1	月の初回	767円
	二回目以降 1回当たり	300円
《加算》		
複数回訪問加算	1日2回の場合	450円/回
	1日3回の場合	800円/回
複数名訪問加算	看護師2人の場合	450/週
	看護師と准看護師の場合	380/週
※ 月に1回算定するもの		
長時間訪問看護加算		520円
緊急訪問看護加算		265円
24時間対応体制加算		680円
重症者管理加算	250～500円	
退院時共同指導加算		600円
退院支援指導加算		600円
在宅患者連携指導加算		300円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算		300円
情報提供療養費		150円
ターミナルケア療養費		2500円

※ 上記の利用者負担は1割として計算しています(3割負担の方は上記の3倍の金額となります。)

※ 医療保険でのご利用の場合は、医師の指示に基づき加算の算定項目が異なります。

以上の加算算定での医療訪問看護サービスを同意します。

令和 年 月 日

利用者氏名

署名代行者

①

本人との関係

() ①

6. 介護保険の対象外サービス

介護保険による訪問看護費を算定しない疾病等

- ① 末期の悪性腫瘍
- ② 別に厚生大臣が定める疾病等

末期の悪性腫瘍，多発性硬化症，重症筋無力症，スモン，筋萎縮性側索硬化症，脊髄小脳変性症，ハンチントン病，進行性筋ジストロフィー症，パーキンソン病関連疾患（ヤールの重症度分類のステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものにかぎる），多系統萎縮症，プリオン病，後天性免疫不全症候群，亜急性硬化性全脳炎，頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

- ③ 急性増悪等頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別訪問看護
- ④ 指示の日から14日間以内

- ※ 上記にあてはまる状態の利用者は医療保険の対象となります。
- ※ 介護保険を申請していない場合、又は申請できない場合においても、医療保険からの訪問看護の請求となります。
- ※ 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）特定施設入所者生活介護（軽費老人ホーム・有料老人ホーム）の利用者については、介護保険による訪問看護費を算定できません。
- ※ ガーゼ等の衛生材料費は実費徴収いたします。

交通費	通常の地域外の訪問については交通費をいただく場合があります。	実費
差額料金	その他の利用者	衛生材料費（ガーゼ・テープ等）
	終末処置料	10,000円

7. 事故発生時の対応

看護師等は、訪問中に、利用者の症状に急変、その他の緊急事態が生じたときは、直ちに、管理者及び主治医に連絡し、主治医の指示に基づき必要な措置を行います。また、緊急連絡先にも連絡いたします。

8. 緊急時の対応方法

当事業所は、24時間対応体制をとっております。夜間や休日等でも電話連絡していただければ必要に応じて緊急時の対応をいたします。また、利用者の方の主治医へ連絡を行い、その医師の指示に従います。

緊急時の対応は別紙にて対応方法、連絡先、連絡順、連絡方法等を確認させて頂いており、利用者と事業所にそれらを明記した書類を双方で保管するようにしています。

緊急時は、利用者の主治医又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。また緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	手束病院
	院長名	手束典子
	所在地	徳島県名西郡石井町石井字石井434番地
	電話番号	088-674-0024
	診療科	内科、外科、脳外科、整形外科他
	入院設備	有り
	救急指定の有無	無し

9. 虐待の防止に関する対応

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 青年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 当事業所従業者または居宅サービス事業者または擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待が疑われる場合には、速やかに、これを市町村に通報します。

虐待防止に関する責任者	山本智子
-------------	------

その他相談窓口

●障害者の虐待に関わるご相談や通報、届出はご連絡ください。相談者の秘密は守られます。

徳島市障害者虐待防止センター（24時間365日）

電話：088-623-3011

FAX：088-621-5300

障害福祉課 〒770-8571 徳島県徳島市幸町2丁目5番地（南館1階）

電話：088-621-5171・5177・5513

FAX：088-621-5300

●名西郡障がい者虐待防止センター

〈窓口開所時間〉

電話：088-638-2770

FAX：088-615-8551

メール：m.abuse.prevention@gmail.com

10. 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口	徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円103番-2 まこと訪問看護ステーション 担当者 米田容子 ご利用時間 平日 午前8:45～午後5:30 ご利用方法 電話 088-674-7291
苦情解決責任者	徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円103番-2 まこと訪問看護ステーション 解決担当者 管理者 山本智子

行政機関その他苦情受付機関

✓	有誠福祉本部	所在地 電話 FAX	石井町石井字石井 1994 088-674-3738 088-675-1090
	徳島保健所	所在地 受付時間 電話 FAX	徳島市新蔵町3丁目80 平日 午前9時～午後5時 088-602-8907 088-654-9334
	徳島県国民健康保険団体 連合会	所在地 受付時間 電話 FAX	徳島市川内町平石若松78-1 平日 午前9時～午後5時 088-666-0114 088-666-0116
	社会保険診療支払基金 徳島支部	所在地 電話 FAX	徳島市末広2丁目1-25 088-622-4187 088-625-1841
	徳島県社会福祉協議会	所在地 受付時間 電話 FAX	徳島市中昭和町1-2 平日 午前9時～午後5時 088-654-4461 088-654-9250
	石井町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	石井町高川原121-1 平日 午前8時～午後5時 088-674-1111 088-675-1500
	神山町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	神山町神領字本野間100 午前8時30分～午後5時15分 088-676-1111 088-676-1100
	徳島市役所	所在地 受付時間 電話 FAX	徳島市幸町2丁目5 午前8時30分～午後5時 088-621-5111 088-654-2116
	上板町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	板野郡上板町七條字経塚42番地 午前8時30分～午後5時15分 088-694-3111 088-694-5903
	板野町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	板野郡板野町吹田字町南22-2 午前8時30分～午後5時15分 088-672-5980 088-672-2533

	北島町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	板野郡北島町中村字上地 2 3 - 1 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0 8 8 - 6 9 8 - 9 8 0 1 0 8 8 - 6 9 8 - 3 6 4 2
	松茂町役場	所在地 受付時間 電話 FAX	板野郡松茂町広島字東裏 3 0 番地 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0 8 8 - 6 9 9 - 2 1 1 1 0 8 8 - 6 9 9 - 2 1 4 1
	阿波市役所	所在地 受付時間 電話 FAX	阿波市市場町切幡古田 2 0 1 番地 1 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0 8 8 3 - 3 6 - 8 7 0 0 0 8 8 3 - 3 6 - 8 7 6 0
	吉野川市役所 介護保険課	所在地 受付時間 電話 FAX	吉野川市鴨島町鴨島 1 1 5 - 1 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分 0 8 8 3 - 2 2 - 2 2 6 4 0 8 8 3 - 2 2 - 2 2 4 4

令和 年 月 日

訪問看護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項の説明を行いました。

事業者

(所在地) 徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円 103-2

(名称) 社会福祉法人 有誠福祉会 まこと訪問看護ステーション

(管理者) 山本智子 ㊞

説明者

(所在地) 徳島県名西郡石井町藍畑字東覚円 103-2

(名称) 社会福祉法人 有誠福祉会 まこと訪問看護ステーション

(説明者) _____ ㊞

私は、本書面により事業者から訪問看護サービスの提供にあたり、重要な事項の説明を受け同意しました。

利用者

(所在地) _____ 市・郡 _____ 町

(氏名) _____ ㊞

代筆者

(所在地) _____ 市・郡 _____ 町

(氏名) _____ ㊞

(続柄) _____

個人情報の使用に関する同意書

私は（私及び私の家族）の個人情報の使用について、下記により必要最低限の範囲内で使用する事に同意いたします。

1 使用目的

- ・訪問看護サービスの提供を受けるにあたって、担当職員と地域支援センター及び（介護予防）居宅サービス提供者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- ・上記の他居宅介護支援事業所または介護予防サービス事業所との連絡調整に必要な場合
- ・現に（介護予防）訪問看護サービスの提供を受けている場合、私が体調を崩したまたは怪我等で病院へ行った時で医師、看護師に説明する場合

2 個人情報を提供する場所

- ・（介護予防）サービス提供計画に掲載されている地域包括支援センター及び（介護予防）居宅サービス事業者
- ・受託した居宅介護支援事業所
- ・病院または診療所（体調を崩し、または怪我などで診療することとなった場合）

3 使用する機関

- ・個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外のもものに漏れることのないよう細心の注意を払う
- ・個人情報を使用した会議及び相手方の個人情報利用の内容等の経過を記録する

以上

令和 年 月 日

社会福祉法人 有誠福祉会 まこと訪問看護ステーション

管理者 山本 智子 ⑩

説明者 ⑩

利用者

(所在地) _____ 市・郡 町

(氏 名) _____ ⑩

代筆者

(所在地) _____ 市・郡 町

(氏 名) _____ ⑩

(続 柄) _____

[備考]

個人情報の適切な取得について

個人情報の取得方法は紙媒体・電子媒体にて行います。

個人情報の持ち運びは専用のファイルに入れて行います。

個人情報の取得は訪問看護サービスの提供に必要な範囲内に限定します。

個人情報の取得にはご利用者様本人及びご家族様の同意を頂きます。

