

訪問看護(予防含む)重要事項説明書

＜令和6年6月1日改訂＞

1 事業所の概要

(1) 提供できるサービスの地域と種類

事業所名	光山医院
所在地	山口県防府市今市町21-15
管理者の氏名	光山 哲生
電話番号	0835-22-1361
FAX番号	0835-22-1778
サービス(介護保険指定番号)	サービスを提供する地域
・ 訪問看護 (3510612272 号)	防府市

(2) 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	医師	1名		1名	事業所の従事者の管理及び業務の管理を行う
訪問看護	看護師	1名		1名	訪問者の看護サービスの提供を行う
	准看護師	0名			

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
月曜日 ~ 金曜日	8:00 ~ 17:00
営業しない日	土~日曜日・祝日・(8月14日~8月16日/12月29日~1月3日)

2 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

要介護状態または要支援状態にある高齢者等に対して適正な指定訪問看護を提供する。

(2) 運営方針

訪問看護の事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう努めるものである。

(3) サービスの特徴

事項	内容
サービス従業員の変更	変更を希望される方はお申し出ください。
従業員研修の有無	年1回、研修会を実施しております。

3 サービスの内容

訪問看護計画書にて提示します。

4 利用料金

利用料介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として指定居宅サービス介護給付費または指定介護予防サービス給付費の単位数(1単位 10円)の1割です。ただし、介護保険の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。

(1) 利用者負担金のお支払い方法

事業者は、当月の利用者負担金の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者に請求、

内容	単位数 (予防単位)
訪問看護Ⅱ1	20分未満
訪問看護Ⅱ2	30分未満 399単位(382単位)
訪問看護Ⅱ3	30分以上 1時間未満 574単位(553単位)
訪問看護Ⅱ4	1時間以上 1時間30分未満 844単位(814単位)
初回加算	初回利用時 300単位
	初回利用時(退院当日) 350単位
10% 減算	① 事業所と同一敷地内又は隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 (養護老人ホーム・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・サービス付き高齢者向け住宅に限る)
	② <u>上記以外の範囲に所在する建物(建物の定義は同上)に居住する者</u> (当該建物に居住する利用者の人数が1月あたり20人以上の場合)

利用者は、翌々月1日までにいずれかの方法により支払います。

- 自動口座引き落とし
- 現金払い
- 金融機関振込 * 手数料は、利用者の負担となります。

利用者が希望する場合には、日々発生する料金を当日に現金で支払うことができます。

(2) 領収書の発行

事業者は、利用者から利用者負担金の支払を受けたときは、領収書を発行します。

5 サービス利用にあたっての留意事項

従業者は業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持します、退職者等が、正当な理由なく業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を漏らさぬよう、必要な措置を講じております。

6 緊急時及び事故発生時の対応方法

サービス提供中に容態の変化等や事故があった場合は、事前の打合せにより、主治医、救急隊、ご家族、居宅介護支援事業者、市町村などへ連絡をします。

7 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所 ご利用相談室	窓口担当者 看護師 山中 寿恵 ご利用時間 9:00 ~ 18:00 電話 0835-22-1361
----------------	---

公的機関においても、次の機関において苦情の申し出ができます。

市役所介護保険課	電話 0835-25-2128
山口県国民健康保険 団体連合会(国保連)	窓口 介護保険課苦情相談係 電話 083-995-1010

8 損害賠償責任保険

保険会社	あいおい損害保険
保険内容	介護事業者向け賠償責任保険

9 事業者の概要

名称・法人種別	医療法人 光恵会
代表者名	理事長 光山哲生
所在地・連絡先	所在地 防府市今市町21-15 電話 0835-22-1361 FAX 0835-22-1778

令和 年 月 日

訪問看護の開始にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

<支援事業者>

所在地 山口県防府市今市町21-15

支援事業者名 医療法人 光恵会

代表者名 理事長 光山 哲生 印

<説明者>

所属 医療法人 光恵会

氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、
事業所から訪問看護サービス(予防含む)について重要事項の説明を受けました。

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<利用者代理人(選任した場合)>

住所 _____

氏名 _____ 印