

訪問看護サービス

《重要事項説明書》

あなたに対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者概要

事業者名称	医療法人 岸内科
事業所の所在地	愛知県一宮市浅野字古屋敷 49 番地
代表者氏名	理事長 岸 均
指定事業者番号	2312203181
サービス提供実施地域	一宮市 岩倉市

2 事業目的と運営方針

事業の目的	在宅療養を希望する方の訪問看護
運営目的	1 要介護及び要支援状態となった場合において、その利用者が可能な限りその居宅で、能力に応じ自立した日常生活が送れるよう配慮してサービス提供を行う。 2 利用者の心身の状況、そのおかれている環境などに応じて利用者の選択に基づき、適切に訪問看護を提供する。 3 サービスの提供に当たっては、意志および人格を尊重し常に利用者の立場に立つて行う

3 勤務体制

看護師 5名 (常勤3名)

4 営業日・営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (祝日・お盆・年末年始は除く)
営業時間	午前9時～午後12時 午後1時～午後7時 (木曜日午後は除く)

5 相談・苦情申し立て

① 医療法人 岸内科

ご利用時間：月曜日から土曜日 午前9時～午後12時
月・火・水・金曜日 午後4時～午後7時
(祝日、お盆、年末年始は除く)

ご利用方法：電話0586-77-3991

面接場所：医療法人 岸内科にて 担当・責任者 細川

② 国民健康保険団体連合会

介護保険法第176条第1項第2号に基づく介護サービス等の質の向上に関する調査並びに指定事業者に対する必要な指導及び助言(苦情処理業務)を行う機関です。

愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険室

電話 (052) 971-4165

③ お住まいの市町村介護保険担当課

市町村は介護保険の保険者として最も身近にあり、指定事業等に対する調査並びに必要な指導及び助言(苦情処理業務)もしております。

当事業所のサービス提供実施地域の主な市町村窓口		
市・町	窓口課	電話番号
一宮市役所	高年福祉課	(0586)73-9111
岩倉市役所	いきがい課介護保険課	(0587)66-1111

6 利用料

サービス単価：点数で表示し地域単価を掛ける

[時間別単価 (医療機関からの場合)]

	要介護	要支援
30分未満	399点	382点
30分以上1時間未満	574点	553点
1時間以上1時間半まで	844点	814点

[地域単価]

一宮市 (10.42円)

[加算]

初回加算 (新規)		300点
緊急時訪問看護加算	月1回	315点
特別管理加算 (I)	月1回	500点
特別管理加算 (II)	月1回	250点

以上は平成24年発表の仮単価による。

居宅療養管理指導(医師による往診の場合)		
居宅療養管理指導費(I)	月1回	500点
居宅療養管理指導費(II)	月1回	290点

[その他]

- 1) 一定時間を超えるサービス、休日や時間外のサービスは差額負担になります。
- 2) 交通費、おむつ代等、死後の処置は実費負担となります。
- 3) 保険の種類によって、負担割合額が変わります。

7 訪問看護サービス提供記録の閲覧

当事業所では、訪問看護サービス提供内容等の閲覧に関して、ご利用者名及びご利用希望者とその家族のうち、これを希望される方には閲覧を許可しています。ご希望者は閲覧希望書に必要事項を記入し、職員までお申し込みください。閲覧希望書は岸内科にありますので必要な方は職員までお申し付け下さい。

8 個人情報の利用について

(I) 当事業所で得た個人情報については、これを厳重に管理すると共に保存の必要性がなくなった時点でこれを速やかにかつ適正に処理します。

(II) 当事業所で得た個人情報は下記の目的に限って使用します。

- i) 訪問看護の遂行
- ii) サービス担当者会議での情報共有
- iii) 各サービス担当者及び主治医との情報共有
- iv) 当事業所内でのカンファレンス・ミーティング
- v) 関連学会、研修会での匿名下での発表
- vi) その他公官庁等の法律上の照会時

(III) なお、本人の生命の危機等重大な危険が迫っている場合はこの限りではありません。

(IV) また、利用目的が変更される場合は事前に変更事由を説明し、変更届に同意した上で利用変更します。

9 重要事項説明の確認

令和 年 月 日

(乙) 当事業所は甲1に対する訪問看護サービスの提供開始に当たり、甲1 甲2 に対して、重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項等を説明いたしました。

(乙) 岸内科 訪問看護

所在地： 愛知県一宮市浅野字古屋敷49番地

名称： 医療法人 岸内科 印

説明者氏名： 印

(甲) 私は重要事項説明書に基づいてサービス内容及び重要事項の説明を乙から受けました。

(甲1) 利用者住所

氏名

印

(甲2) 家族代表住所

氏名

印

(続柄)

成年後見人住所
氏名

印
(必要な場合のみ)