

重要事項説明書

(訪問看護サービス)
(介護予防訪問看護サービス)

1. 事業者の概要

名称	株式会社ミトリ
代表者名	代表取締役 大林 康隆
所在地・連絡先	住所 〒441-8051 愛知県豊橋市柱四番町59番地 TEL 0532-33-0631 FAX 0532-48-7600

2. 事業所の概要

事業所名	三鳳訪問看護ステーション
所在地・連絡先	住所 〒441-8051 愛知県豊橋市柱四番町59番地 TEL 0532-33-0631 FAX 0532-48-7600
指定事業所番号	東三河広域連合 2362090488
管理者名	渡井 諒
サービス実施地域	豊橋市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	在宅療養者の病状に応じた適切な看護を提供し、利用者のより安定した療養生活を送られるように支援していくことを目的としています。
運営方針	訪問看護の実施に当たっては、この訪問看護事業を通して地域の在宅医療に貢献すると同時に、医療・保険・福祉などの地域連携機関と密接な連携及び調整に努め、協力と理解をもとに適切な運営を図ります。

4. 事業所の職員体制

従業員の職種	職務内容	人員数
管理者 (看護師)	事業所の従業者の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに自らもサービスの提供を行います。	常勤 1名
看護師	看護師は、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訪問看護報告書を含む。)を作成し、サービスの提供を行います。	看護師 常勤 11名 非常勤 4名

看護補助員	看護補助員は、看護師のサービス提供の補助を行います。
-------	----------------------------

5. 営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土・日
営業時間	9:00～18:00

※ 転送電話等により、24時間常時連絡が可能です。

6. 利用料金(介護予防訪問看護)

提供時間 時間帯	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満	地域加算 負担金額
8時～18時	313 (302)	470 (450)	821 (792)	1125 (1,087)	なたをはし1左 り負負地ま0記 ま担担域す.の す割割加.2単 。合合算利1位 を証を用円に 乗に乗者を地 じ記じの含域 た載た負め加 額さ料担計算 とれ金金算分
6時～8時 18時～22時 夜朝(25%加算)	391 (378)	588 (563)	1026 (990)	1,406 (1,359)	
22時～6時 (深夜50%加算)	470 (453)	705 (675)	1232 (1,188)	1688 (1,631)	

※ 准看護師がサービスを行った場合は上記の基本単位数×90/100

加算	特別管理加算Ⅰ 500/月 特別管理加算Ⅱ 250/月(介護予防訪問看護共通) 緊急時訪問看護加算Ⅰ 574/月(介護予防訪問看護共通) 初回加算 300/回 当該訪問看護利用初回のみ(介護予防訪問看護共通) 退院時共同指導加算 600/回(介護予防訪問看護共通) 訪問看護ターミナルケア加算 2,000/回
減算	当該事業所と同一の建物に居住する利用者又は当該事業所における一月当たりの利用者が 20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。

※ 医療保険での訪問看護サービスについては、看護療養費となります。

訪問時間の療養費のほか、24時間対応体制加算、特別管理加算、ターミナルケア療養費となります。

※ キャンセル料

サービスのキャンセルに際しては、あらかじめご連絡いただくようお願い致します。

利用者の都合でサービスをキャンセルされる場合には、サービス利用の前日までにご連絡下さい。

当日のキャンセルについては、自己負担金の100%相当額をキャンセル料として申し受けます。

ご利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

※ 交通費

通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

- ① 事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル未満 200円
- ② 事業所の実施地域を越える地点から、片道10キロメートル以上 300円

7. 苦情申立窓口

利用者 相談窓口	三鳳訪問看護ステーション 担当者 渡井 諒 電話 0532-33-0631 月～金 9:00～18:00
	東三河広域連合 介護保険課 電話 0532-26-8470 月～金 8:30～17:15
	愛知県国民健康保険団体連合会 電話 052-971-4165 月～金 9:00～17:00 (12:00～17:00を除く)

8.緊急時の対応方法

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。
緊急連絡先に連絡します。

利用者主治医	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	診療科目	
医療協力機関	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	診療科目	

居宅介護サービスの提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明をしました。

事業者	所在地	愛知県豊橋市柱四番町59番地
	名称	株式会社ミトリ
事業所	所在地	愛知県豊橋市柱四番町59番地
	名称	三鳳訪問看護ステーション
	管理者 氏名	渡井 諒

年 月 日

私は、本書面にに基づいて事業所から重要事項の説明を受け、居宅介護サービスの提供開始に同意します。

利用者 住所

氏名

利用者の家族 住所

氏名

利用者との関係

緊急連絡先 住所

氏名

利用者との関係

電話番号