

重要事項説明書

(介護保険)

訪問看護リハビリステーション エトワ

契約書別紙兼重要事項説明書

(介護保険)

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社 Hope
主たる事務所の所在地	〒315-00 石岡市三村
代表者（職名・氏名）	代表社員 藤崎 博史
設立年月日	令和6年3月19日
電話番号	0299-26-3947

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護リハビリステーションエトワ	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒315-0055 かすみがうら市稲吉南3丁目7番16号	
電話番号	029-845-3293	
指定年月日・事業所番号	令和6年6月1日指定	0863090023
管理者の氏名	小澤 優子	
通常の実業の実施地域	かすみがうら市、土浦市、石岡市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護又は介護予防訪問看護は、病状が安定期にある利用者について、保健

師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「訪問看護職員」といいます。)が、その自宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始(12月29日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後17時30分まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 1人	理学療法士	常勤 1人
准看護師	常勤 2人		

7. サービス提供の責任者

利用者へのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管 理 者 小澤 優子
----------	-------------

8. 利用料

- ① 利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割(一定以上の所得のある方は2割又は3割)の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(基本報酬)

	訪問看護費	単位数
指定訪問看護 ステーション	20分未満	314単位
	30分未満	471単位
	30分以上1時間未満	823単位
	1時間以上1時間30分未満	1,128単位
	1時間30分以上	1,090単位+300単位
	理学療法士、作業療法士又は言語	294単位

	聴覚士の場合	(1日に2回を超えて実施する場合は90/100)
--	--------	--------------------------

介護予防訪問看護費		単位数
指定訪問看護 ステーション	20分未満	303単位
	30分未満	451単位
	30分以上1時間未満	794単位
	1時間以上1時間30分未満	1,090単位
	1時間30分以上	1,090単位+300単位
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の場合	284単位 (1日に2回を超えて実施する場合は90/100)

※准看護師の場合は基本報酬×90%の支払いとなります。

(加 算)

加 算	単位数	
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	600単位/月	
夜間又は早朝の場合 (20時～22時、6時～8時)	基本報酬×25%	
深夜の場合(22時～6時)	基本報酬×50%	
初回加算(Ⅰ)	350単位/月	
初回加算(Ⅱ)	300単位/月	
退院時共同指導加算	600単位/月	
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合	-8単位/回	
利用を開始した日の属する月から起算して12月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合	-5単位/回 (上記の減算【-8単位】を算定している場合は-15単位)	
複数名訪問加算(Ⅰ)	30分未満の場合	254単位/回
	30分以上の場合	402単位/回
複数名訪問加算(Ⅱ)	30分未満の場合	201単位/回
	30分以上の場合	317単位/回

※基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

※本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利

用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご留意ください。

② その他

エンゼルケア料金	15,000 円
印刷代	コピー代 100 円/枚

③ キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の当日	利用者負担金の 100% の額

(注) 利用予定日の前日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

連絡時間 8 時 30 分～17 時 30 分

連絡先 029-845-3293(事業所)

070-6573-7764(携帯)

④ 支払い方法

利用料 (利用者負担分の金額) は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10 日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 26 日 (祝休日の場合は直前の平日) に、利用者が指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の 26 日 (祝休日の場合は直前の平日) までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 茨城県信用組合 神立支店 普通口座 7551329
現金払い	サービスを利用した月の翌月の 26 日 (休業日の場合は直前の営業日) までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い、指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 029-845-3293 面接場所 当事業所の相談室 担当者 小澤 優子
---------	---

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	かすみがうら市 介護長寿課	0299 - 59 - 2111(直通)
	石岡市高齢福祉課	0299-23-7326 (直通)
	土浦市高齢福祉課	029-826-1111 (代表)
	茨城県国民健康保険団体連合会	029-301-1565

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんのであらかじめご了解ください。

● 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

- (2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、で

きる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は事業所の担当者へご連絡ください。

1 3. 損害賠償

事業所の責任により利用者に生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。また、守秘義務に違反した場合も同様となります。但し、その損害の発生について、利用者に故意又は過失が認められた場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められた場合には、事業所の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 4. 個人情報の取り扱い

当事業所において個人情報の取り扱いについて下記の通りといたします。

(1) 利用期間

サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 使用条件

個人情報の提供は必要最低限として、サービス提供に関わる目的以外には使用しません。また、利用者とのサービス利用に関わる契約前からサービス終了後においても第三者に漏らしません。

(3) 利用目的

- ①事業所内カンファレンスのため
- ②介護支援専門員が開催するサービス担当者会議
- ③医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、保険者（自治体）、介護サービス事業者、その他社会福祉団体等との連絡調整
- ④保険者等の行政機関やその他の関係機関からの照会への回答
- ⑤外部監査機関、評価機関等への情報提供
- ⑥介護保険審査会支払機関へのレセプト請求及び照会への回答
- ⑦保険会社等への相談又は届出
- ⑧上記の各号に関わらず、緊急を要するときの連絡等

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者所在地	茨城県かすみがうら市稲吉南 3丁目7番地16号
事業者（法人）名	合同会社 Hope 訪問看護リハビリステーション エトワ
代表者職・氏名	藤崎 博史 印
説明者職・氏名	印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所	
	氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）		
	住所	
	本人との続柄	
	氏名	印

立会人	住所	
	氏名	印