



# 重要事項説明書

(訪問看護)



# 重要事項説明書

## 1. 法人の概要

法人の名称	株式会社グッドパートナーズ
代表者名	代表取締役 鈴木 敦士
所在地・電話	港区赤坂2-4-6 03-6453-2091
業務の概要	人材派遣・紹介 居宅介護支援事業等
事業所数	5ヶ所

## 2. 事業所の概要

事業所名	グッド訪問看護ステーション豊中
所在地	大阪府豊中市上新田1-16-13 東側号室
提供可能サービス 及び 介護保険事業所番号	訪問看護・リハビリ 大阪府 2764091464 号
管理者名	中本 未来
連絡先	06-6155-9726
サービス提供地域	豊中市・吹田市・西宮市

## 3. 事業所の職員体制等

サービス担当職員 看護師 准看護師	訪問看護	13名（常勤11名 非常勤2名） ※准看護師 常勤2名
理学療法士 作業療法士 言語聴覚士	訪問リハビリ	0名
事務担当職員	事務全般	0名

## 4. 営業時間

サービス種類	平日・土、日曜日・祝祭日
訪問看護	9:00~18:00

## 5. サービス利用料及び利用者負担

### (1) 利用料

介護保険	サービス時間	要介護1～5 (ご利用料金：1割負担の場合)		要支援1～2 (ご利用料金：1割負担の場合)	
		単位	円	単位	円
訪問看護	30分未満	471単位	511円	451単位	489円
	30分以上60分未満	823単位	893円	794単位	861円
	60分以上90分未満	1,128単位	1,223円	1,090単位	1,182円
訪問 リハビリ	20分	294単位	319円	284単位	308円
	40分	588単位	638円	568単位	616円
	60分	795単位	862円		
加算	夜間(18～22時)	上記料金の25%増し			
	早朝(6～8時)	上記料金の25%増し			
	深夜(22～6時)	上記料金の50%増し			
	初回加算Ⅰ(退院日当日)	350単位	380円	350単位	380円
	初回加算Ⅱ	300単位	326円	300単位	326円
	特別管理加算Ⅰ	500単位	542円	500単位	542円
	特別管理加算Ⅱ	250単位	271円	250単位	271円
	緊急時訪問看護加算Ⅰ	600単位	651円	600単位	651円
	複数名訪問加算(30分未満)	254単位	276円	254単位	276円
	複数名訪問加算(30分以上)	402単位	436円	402単位	436円
	長時間訪問看護加算	300単位	326円	300単位	326円
	退院時共同指導加算	600単位	651円	600単位	651円
	口腔連携強化加算	50単位	60円	50単位	60円
	看護・介護職員連携強化加算	250単位	271円		
	ターミナルケア加算	2,500単位	2,710円		
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	単位数		1割負担の場合料金		
要介護1～4	2,961単位		3,210円		
要介護5	3,761単位		4,077円		

※ 理学療法士等の訪問回数が看護職員による訪問回数を超えた場合 1回につき8単位減算

※ 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15単位を減算する。

医療保険	サービス料金 (基本療養費+管理療養費+加算)			ご利用料金 (1割負担の場合)
	訪問看護	毎月	1日目	13,220円
	2日目以降		8,550円	860円
	週4日目以降		9,550円	960円
訪問リハビリ	毎月	1日目	13,220円	1,320円
		2日以降	8,550円	860円
訪問看護 (同一建物人以上)	毎月	1日目	10,450円	1,050円
		2日目以降	5,780円	580円
		週4日目以降	6,280円	630円
訪問リハビリ (同一建物3人以上)	毎月	1日目	10,450円	860円
		2日目以降	5,780円	580円
加 算	難病等複数回訪問加算		4,500円	450円
	長時間訪問看護加算(90分超)		5,200円	520円
	夜間(18~22時)早朝(6~8時)		2,100円	210円
	深夜(22~6時)訪問看護加算		4,200円	420円
	緊急訪問看護加算(月の14回目迄)		2,650円	270円
	緊急訪問看護加算(月の15回目以降)		2,000円	200円
	24時間対応体制加算		6,800円	680円
	特別管理加算		2,500円	250円
	特別管理加算(重症度高)		5,000円	500円
	複数名訪問看護加算(看護師等週1日目)		4,500円	450円
	複数名訪問看護加算(准看護師週1日目)		3,800円	380円
	複数名訪問看護加算(看護師等週2.3日目)		3,000円	300円
	退院時共同指導加算		8,000円	800円
	退院支援指導加算		6,000円	600円
	在宅患者連携指導加算		3,000円	300円
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算		2,000円	200円
	看護・介護職員連携強化加算		2,500円	250円
	訪問看護医療DX情報活用加算		50円	10円
	ターミナルケア加算		25,000円	2,500円

保険外サービス	サービス料金	ご利用料金
区分支給限度基準額を超えるサービスをご利用の場合 ※1	各種サービスの上記料金（10割）	全額実費
死後の処置料	一人につき 20,000円	
キャンセル料金	一律 4,000円	

※1 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用の一部が支給限度額を超える場合を含む）には全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります）

## （2）その他

- ①交通費 通常のサービス提供地域以外の地域についてのみ、所定の交通費（実費相当）が必要となります。（別途見積もりいたします）
- ②自己負担額は次の方法によりお支払い頂きますようお願いいたします。  
金融機関口座引落し（サービス提供月翌月27日引落し）  
手続きに2～3ヶ月かかりますので、その間は振り込みにてご対応頂ければと思います。
- ③上記の利用者負担金は「法定代理受理（現物給付）」の場合について記載しています。  
居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

## 6. 当社のサービスの方針等

在宅生活における利用者の心身の特性を踏まえて生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持、回復を図り、ご本人の望む生活が送れるように支援する。

## 7. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連絡先
緊急連絡先	氏名 連絡先

## 8. 相談窓口、苦情対応

(1) 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。

当社お客様相談窓口	電話番号	06-6155-9726
	Fax 番号	06-7653-1793
	相談員（責任者）	中本 未来
	対応時間	9:00～18:00

(2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口 豊中市 福祉部長寿社会政策課	所在地 大阪府豊中市中桜塚3-1-1 電話番号 06-6858-2838 対応時間 8:45~17:15
市町村介護保険相談窓口 豊中市 健康福祉サービス苦情調整委員会	所在地 大阪府豊中市中桜塚3-1-1 電話番号 06-6858-2815 対応時間 9:00~17:15
市町村介護保険相談窓口 吹田市 高齢福祉室	所在地 大阪府吹田市泉町1-3-40 電話番号 06-6384-1341 対応時間 9:00~17:30
市町村介護保険相談窓口 西宮市 法人指導課	所在地 兵庫県西宮市六湛寺町10-3 西宮市役所本庁舎 3階 電話番号 0798-35-3082 対応時間 9:00~17:00
大阪府国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地 大阪府中央区常磐町1丁目3番8号 東京区政会館11階 電話番号 06-6949-5418 対応時間 9:00~17:00
兵庫県国民健康保険団 体連合会（国保連）	所在地 兵庫県神戸市中央区三宮町 1-9-1-1801 電話番号 078-332-5617 対応時間 8:45~17:15

## 9. 防止・対策・研修への取り組み

### (1) 虐待防止

- ①事業所は、ご利用者の人権の擁護・虐待防止等のために、指針を整備し責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従事者に対し、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する等の措置を講じます。
- ②事業所はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- ③当該事業所従業者又は擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市区町村に通報します。
- ④虐待防止のための対策を検討する委員会を年に1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ⑤虐待防止に関する責任者を選定しています。

責任者：中本 未来

### (2) 身体拘束の禁止

事業所は、サービスの提供に当たり、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録する。

(3) 業務継続計画の策定等

- ①感染症や非常災害時の発生において、利用者に対する指定介護予防訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ②従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ③定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

(4) 衛生管理等

- ①看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ②事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、職員に周知徹底を図ります。
- ④事業所における「感染症及び予防及びまん延の防止のための指針」を整備しています。
- ⑤従業者に対し、感染症予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

(5) ハラスメント

事業所は、訪問現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられるよう労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

① 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記の行為は組織として許容しません。

- ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
  - ・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
  - ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為
- （上記は当該法人職員、取引先事業者の方、ご利用者及びその家族が対象）

② ハラスメント事案が発生した場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しない為の再発防止策を検討します。

- ・職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。  
また、定期的に話し合いの場を設け、訪問現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。
- ・ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡・相談・環境改善に対する必要な措置・利用契約の解約等の措置を講じます。

## 10. 居宅同意取得型オンライン資格確認システムの活用

看護師等が居宅同意取得型オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して訪問看護・指導を実施する。

マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるように取り組む。

【 説明確認欄 】

令和            年            月            日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者)    事業者名 株式会社グッドパートナーズ グッド訪問看護ステーション豊中

説明者 \_\_\_\_\_

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け同意しました。

(利用者)    氏 名 \_\_\_\_\_

(代理人又は立会人等)

氏 名 \_\_\_\_\_

## 個人情報使用同意書（居宅サービス事業者用）

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員と事業者との連絡調整等において必要な場合  
入院が必要になった場合、医療機関へ在宅での経過の提供

#### 2 使用する事業者の範囲

居宅サービス計画に定められた事業者

主治医・医療機関

審査支払機関へのレセプトの提出、審査支払機関又は、保険者からの照会への回答

損害賠償保険などに係る保険会社への相談又は届出等

管理運営業務のうちの外部監査機関への情報提供

医師法や刑事訴訟法等、法令に基づく照会を受けた場合

#### 3 使用する期間

契約締結から契約終了まで

#### 4 条件

(1) 個人情報保護法に伴い個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

(2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

#### 5 その他

個人情報提供先変更の場合は、通知すること。

令和                      年                      月                      日

(利用者)                      氏名 \_\_\_\_\_

(家族等)                      氏名 \_\_\_\_\_

(代理人・立会人等)                      氏名 \_\_\_\_\_

(本人との続柄・関係) \_\_\_\_\_

