訪問看護・介護予防訪問看護重要事項説明書

**≪令和6年6月1日現在≫　訪問看護ステーション　絆**

1　訪問看護事業者(法人)の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 | 株式会社　絆 |
| 代表者名 | 代表取締役　　　金澤　克枝 |
| 所在地  連絡先 | 京都府宇治市木幡西浦34番地4  電話：0774-66-1795 FAX：0774-66-1796 |
| 設立年月日 | 平成23年2月1日 |

2　事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | 訪問看護ステーション　絆 |
| 所在地  連絡先 | 京都府宇治市木幡西浦34番地4  電話：0774-66-1795 FAX：0774-66-1796 |
| 事業所番号 | 2661290136 (平成23年6月13日指定) |
| 管理者氏名 | 金澤　克枝 |

(2)事業の目的

実施する指定訪問看護の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関　する事項を定め、指定訪問看護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び　人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問看護の提供を確保することを目的とします。

(3)事業の運営方針

①当事業所では、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った居宅介護サービスを提供するように努めるものとします。

②当事業所では、利用者の自主性を尊重し、サービス利用の自己決定をして頂くとともに、利用者が居宅において、その有する能力に応じ、可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援します。

③当事業所は、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、他の介護保険施設その他の保健・医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとします。

(4)通常の事業の実施地域

宇治市全域・京都市伏見区とする。

但し、伏見区は、住所に深草・久我・羽束師・淀・納所と付く地域は除く。

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5)営業日及び営業時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業の種類 | 営業日 | サービス提供時間 |
| 訪問看護  介護予防訪問看護 | 月曜日から金曜日  但し国民の祝祭日12月29日～1月3日を除く | 午前9時00分から  午後5時00分 |

※緊急時訪問看護加算を算定する場合は、24時間の対応が可能

(6)職員体制

当事業所では、ご契約者に対して訪問看護サービスを提供する職員として、以下の職種を配置します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | | 人員数 |
| 管理者 | | 常勤　1　名 |
| サービス 従業者 | 看護師 | 常勤5名（うち1名管理者と兼務）非常勤3名 |
| 言語聴覚士 | 常勤　0 名　非常勤　1名 |
| 理学療法士 | 常勤　0 名　非常勤　1名 |
|  | | |
| 3　提供するサービスと利用料について  (1)提供するサービス内容について  主治医の指示並びに利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、本人の意向や心身の状況などのアセスメントを行い、援助の  目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。訪問看護計  画書に基づき、訪問看護を提供します。   1. 病状の観察：病気や障害の状態、血圧・体温・脈拍等のチェック 2. 療養上のお世話：身体の清拭、洗髪、入浴介助、食事や排泄などの介助や助言 3. 床ずれ予防・処置：床ずれ防止の工夫や助言、床ずれの手当て 4. 医師の指示による医療処置：尿留置カテーテル・点滴・持続点滴・在宅酸素等 5. ターミナル期の看護：住み慣れた自宅で最後まで過ごせるように適切なケア 6. 認知症・こころの病気を持つ人の看護 7. 在宅でのリハビリテーション：関節の運動、筋力低下予防の運動、日常生活での食事・排泄・移動・歩行・言語などの訓練 8. ご家族への介護支援・相談・介護方法の助言、心配や悩みごとの相談等 9. その他：介護用品の利用相談、他のサービスや制度の紹介等   （2）利用料について | | |

①《介護予防訪問看護の場合》

●看護師が訪問看護を行った場合　　　　　　　　　　　　　　　　　1単位：10.42円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間 | 20分未満 | 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 |
| 基本単位 | 303単位 | 451単位 | 794単位 | 1,090単位 |
| 利用者負担（1割） | 316円 | 470円 | 828円 | 1,136円 |
| 利用者負担（2割） | 632円 | 940円 | 1,655円 | 2,272円 |
| 利用者負担（3割） | 948円 | 1,655円 | 2,472円 | 3,408円 |

●理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護を行った場合　　　　　1単位：10.42円

※リハビリテーションを中心とした内容になるため看護職員の代わりに理学療法士等が　　　　　　訪問いたします。利用開始日の属する月から12月超の場合は1回につき5単位を減算

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| サービス提供時間 | 20分（1回） | 40分（2回） | 60分（3回） |
| 基本単位 | 284単位 | 568単位 | 768単位 |
| 利用者負担（1割） | 296円 | 592円 | **801円** |
| 利用者負担（2割） | 592円 | 1,184円 | 1,601円 |
| 利用者負担（3割） | 888円 | 1,776円 | 2,401円 |

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の場合：1回当たり20分以上週に6回が限度　　　　　1日3回以上　90/100減算。1日に時間を分けて行う場合も3回以上は3回とも減算

②≪訪問看護の場合≫

●看護師が訪問看護を行った場合　　　　　　　　　　　　　　　　　1単位：10.42円

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **サービス提供時間** | **20分未満** | **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** |
| **基本単位** | **314単位** | **471単位** | **823単位** | **1,128単位** |
| **利用者負担（1割）** | **328円** | **491円** | **858 円** | **1,176円** |
| **利用者負担（2割）** | **655円** | **982円** | **1,715円** | **2,351円** |
| **利用者負担（3割）** | **982円** | **1,473円** | **2,573 円** | **3,526円** |

●理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問看護を行った場合　　　　　1単位：10.42円　  
※リハビリテーションを中心とした内容になるため看護職員の代わりに理学療法士等が　　　　　　訪問いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **サービス提供時間** | **20分（1回）** | **40分（2回）** | **60分（3回）** |
| **基本単位** | **293単位** | **586単位** | **792単位** |
| **利用者負担（1割）** | **306円** | **611円** | **826円** |
| **利用者負担（2割）** | **611円** | **1,222円** | **1,651円** |
| **利用者負担（3割）** | **916円** | **1,832 円** | **2,476 円** |

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の場合：1回当たり20分以上週に6回が限度　　　　　1日3回以上　90/100減算。1日に時間を分けて行う場合も3回以上は3回とも減算

★**夜間または早朝に指定訪問看護を行った場合は、1回あたりの基本単位に100分の25**

**深夜の場合は100分の50に相当する額を加算**

|  |
| --- |
| **早朝（基本単位の25％増）　　午前6時から午前8時まで** |
| **夜間（基本単位の25％増）　　午後6時から午後10時まで** |
| **深夜（基本単位の50％増）　　午後10時から午前6時まで** |

**その他の加算額　　　1単位：10.42円（地域単価）　　　  
【**緊急時訪問看護加算】　（※区分支給限度基準額の算定対象外）

600単位/月　　6,252円/月　(利用者負担１割：626円2割：1,251円3割：1,876円)

<算定要件>

利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡体制にあって、かつ　　計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算

★　1か月以内の2回目以降の緊急訪問は、早朝・夜間（基本単位の25 ％増）　深夜（基本単位の50％増）加算を算定

【特別管理加算】　 （※区分支給限度基準額の算定対象外）

（Ⅰ）500単位/月　　5,210円/月

(利用者負担１割：521円2割：1,042円3割：1,563円)

（Ⅱ）250単位/月　　2,605円/月

(利用者負担１割：261円2割：521円3割：782円)

※「特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にあるもの）に対して、　　サービスの実施にあたり計画的な管理を行った場合に加算

<算定要件>

特別管理加算 （Ⅰ）

・在宅悪性腫瘍患者指導管理状態若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態

特別管理加算 （Ⅱ）

・在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理

在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

・真皮を超える褥瘡の状態

・点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

【サービス提供体制強化加算Ⅰ】　　（※区分支給限度基準額の算定対象外）

6単位/回　62円/回

（利用者負担1割：7円　2割：13円　3割：19円）

<算定要件>

事業所に勤務する職員それぞれが研修計画を作成し研修の実施をしている、定期的な健康診断を受けている、定期的な情報共有のできる会議を開催している、職員のうち30％以上が7年以上勤務しているかの要件が整うことで算定

【複数名訪問加算】

（Ⅰ）254単位（30分未満）

2,646円/回　　(利用者負担1割：265円　2割：530円　3割：794円)

402単位（30分以上）

4,188円/回　　(利用者負担1割：419円　2割：838円　3割：1,257円)

（Ⅱ）201単位（30分未満）

2,094円/回　　(利用者負担1割：210円　2割：419円　3割：629円)

317単位（30分以上）

4,188円/回　　(利用者負担1割：331円　2割：661円　3割：991円)

<算定要件>

(Ⅰ)は、二人の看護師等（両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しは言語聴覚士であることを要する。）

（Ⅱ）は一人の看護師と看護補助者（訪問看護を担当する看護師等の指導の下に療養生活上の世話のほか、居室内の環境、看護用品の及び消耗品の整理整頓等といった看護業務の補助を行うもの）が同時に訪問看護を行う場合に加算

①利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合

②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

③その他利用者の状況等から判断して、1)または2)に準ずると認められる場合

【長時間訪問看護加算】

300単位/回　　3,126円/回

(利用者負担1割：313円2割：626円3割：938円)

<算定要件>

特別管理加算の方が対象。1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後、引き続き訪問看護を行う場合（1時間30分以上を超える時）に加算

【ターミナルケア加算】（※区分支給限度基準額の算定対象外)

2,500単位　　　26,050円

(利用者負担1割：2,605円2割：5,210円3割：7,815円 )

<算定要件>

在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行なった後24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む）に加算

①24時間連絡体制を確保しており、必要に応じて訪問看護を行うことができる体制を　　整備している

②主治医との連絡の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制

にいて、利用者・家族に説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っている

③介護予防訪問看護は、ターミナルケア加算は算定できない

※ターミナルケア

最期までその人らしい尊厳のある療養生活を送ることができるように、本人や家族の想いに沿った援助を行います。苦痛や倦怠感などを緩和するために看護や医療処置、精神的な支援を行います。医師等と連携して、本人と家族を支え、緊急時の対応や看取りにかかわる支援を行うとともに、ご家族の精神的な支援も行います。

【退院時共同指導加算】

600単位　　6,252円/回

（利用者負担1割：626円2割：1,305円3割：1,876円）

<算定要件>

病院、診療所または介護老人保健施設もしくは介護医療院に入院（入所）中の利用者、家族に対して退院（退所）にあたり入院（入所）施設の主治医やその他の職員と連携し退院（退所）後の在宅生活における療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合に加算。ただし、初回加算を算定する場合は算定できない。

【初回加算】

（Ⅰ）350単位　　3,647円/月

　　（利用者負担1割：365円2割：730円3割：1,095円）

（Ⅱ）300単位　　3,126円/月

（利用者負担1割：313円2割：626円3割：938円）

<算定要件>

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、訪問看護を提供した場合に加算。  
ただし退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない。

（Ⅰ）は退院日初回訪問看護を行った場合　（Ⅱ）は初回の訪問看護を行った場合

【看護・介護職員連携強化加算】

250単位/月　2,605円/月

（利用者負担1割：261円2割：521円3割：782円）

<算定要件>

介護職員によるたんの吸引などの実施について、訪問看護事業所が訪問介護事業所と連携し、実施計画作成の支援や助言などを行った場合加算

定期巡回・随時対応型訪問介護看護≫  
※定期巡回：随時対応型訪問介護看護の報酬は月単位の包括払いになっています。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う  1単位：10.42円 | 2,961単位/月  ・要介護5の利用者の場合：800単位/月の加算  ・急性増悪などによる特別訪問看護指示書の交付があった場合  当該指示の日数に応じて1日につき97単位減算  ・1人の利用者に対し、1か所の訪問看護事業所が訪問看護費を算定している場合は、別の訪問看護事業所は当該訪問看護費を算定できない |

〈算定要件〉

①連携する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所の名称、住所、その他の必要な事項を都道府県知事に届けている訪問看護事業所であること。

②24時間訪問看護を行うことができる体制を整えている事業所であり、緊急時訪問看護加算を届けていることが必要。

<算定できる加算>  
・緊急時訪問看護加算：600単位/月　　  
・特別管理加算：（Ⅰ）500単位（Ⅱ）250単位  
・ターミナルケア加算：2,500単位  
・初回加算：（Ⅰ）350単位/回　（Ⅱ）300単位/回  
・退院時共同指導加算：600単位/回  
・看護・介護職員連携強化加算：250 単位/月  
・サービス提供体制強化加算（Ⅰ）：50単位/月

【連携する定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所】

名称：24時間サポートくらしのハーモニー

住所：〒611-0002　京都府宇治市木幡金草原14-4

電話：0774-33-8585　　FAX：0774-31-3536

名称：24時間安心在宅介護のクローバー

住所：〒611-0002　京都府京都市伏見区醍醐西大路町55番地

ヴィラ・ウエスト101号

電話：075-571-1011　　FAX：075-748-8818

(2)介護保険の給付対象とならないサービス

1. 介護保険給付の支給限度を超える訪問看護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス料金の全額が自己負担となります。

1. 通常の事業実施地域を超える訪問（交通費）

通常の事業実施地域を超える地域にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、交通費として一律１回500円が自己負担となります。

③キャンセル料

* サービスの利用をキャンセルされる場合、前日の午後5時までにご連絡いただくと、キャンセル料は発生しません。
* 訪問予定当日のキャンセルの場合、500円のキャンセル料を請求いたします。

※ただし、利用者の病状や急変や急な入院等の場合は、キャンセル料は請求いたしません。

④エンゼルケア料金（ご遺体のケア）20,000円が自己負担となります。

4利用料金のお支払方法

利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計額により請求いたします。請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日前後までに利用者宛にお届け（郵送）します。

請求月の27日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。

①利用者指定口座からの自動振替

（アプラス株式会社：新生銀行グループ）を通じて請求金額を自動引き落とし

ア　振替日　毎月27日（27日が土日祝日の場合は翌営業日）

イ　ご利用できる金融機関　ゆうちょ銀行、ゆうちょ銀行以外の金融機関（銀行・信用金庫・農協などほとんどの金融機関可能）

ウ　通帳印字名　AP）ホウカンキズナ

②現金支払い

③事業者指定口座への振り込み（振込手数料は利用者負担になります）

　　　京都銀行　木幡支店（店番306）  
普通預金　3532119

　　　株式会社絆　代表取締役　金澤　克枝

※お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管されますように

お願いします。（医療控除の還付請求の際に必要となることがあります）

・利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにも関わらず、支払い期日から3ヶ月以上遅延し、さらに支払いの催促から1か月以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除したうえで未払い分をお支払いいただくことがあります。

4　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| ①利用者及びその家族に関する  秘密の保持について | ①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。  ②事業者及び事業者の使用する者（以下従業者という）はサービス提供する上で知り得た利用者及び家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。  ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④事業者は、従業者に業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持させるために、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持する旨を、従業員との雇用契約の内容とします。 |
| ②個人情報の保護について | ①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。又、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議などで利用者の家族の個人情報を用いません。  ②事業者は、利用者及び家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、又処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。  ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加又は削除を求められた場合は遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行うものとします。（開示に際しては複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。） |

5　緊急時などにおける対応方法

訪問看護・介護予防訪問看護サービス実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡するなどの措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

6　事故発生時の対応

万一、利用者に事故が発生した場合は、速やかに京都府・市町村、主治医、介護支援専門員、利用者の家族等関係者に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

7　虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生またはその再発を防止するために次

の措置を講ずるものとします。

1. 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその　結果について看護師等に周知徹底します。
2. 虐待防止に関する責任者、担当者を選定します。

　　　　　　責任者：管理者　金澤　克枝　　　担当者：平尾　由美子

1. 看護師等に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を定期的に実施します。
2. 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

２　事業所は、サービス提供中に、当該事業所看護師等又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報するものとします。

8　苦情の受付について

1. 苦情の受付

当事業所に対する苦情や担当看護職員等の変更をご希望される場合は、以下の窓口で受け付けます。※担当する看護職員などは、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もありますことを予めご了承ください。

**《苦情・相談の受付窓口》**

**電話番号：0774-66-1795 Fax:0774-66-1796**

**受付時間：月曜日から金曜日の午前9時から午後5時まで**

**携帯電話：090-6736-9489 （時間外は携帯電話で対応）**

**(担当者) 管理者：金澤　　克枝**

（２）行政機関・その他苦情申し立て窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 宇治市役所　　　介護保険課 | 所在地：宇治市宇治琵琶33番地  電話番号：0774-20-8731 |
| 京都市伏見区役所　　健康長寿推進課  　　　　高齢介護保険担当 | 所在地：伏見区鷹匠町39-2  電話番号：075-611-2279 |
| 醍醐支所　　健康長寿推進課  高齢介護保険担当 | 所在地：伏見区醍醐大構町28  電話番号：075-571-6471 |
| 京都府国民健康保険団体連合会  高齢介護保険担当　介護保険課相談係 | 所在地：京都市下京区烏丸通り四条下る水銀屋町620番地COCON烏丸内  電話番号：075-354-9090 |
|  | |

★ご利用者・ご家族との信頼関係のもとに、安全安心な環境で質の高いケアが提供できるように以下の点についてご協力をお願いします。

・看護師は、年金の管理や、金銭の貸借など金銭管理は致しかねますのでご了承ください。

・看護師に対する贈り物や飲食などのおもてなしは、堅くご遠慮させていただきます。

・利用者の方すべてが療養中の方であることから、緊急対応させていただくことがあります。その場合定められた訪問日時の変更をお願いすることもあります。ご理解ください。

・当ステーションは、各教育機関からの在宅看護学における訪問看護実習や訪問看護師育成のための同行訪問実習を受け入れております。主旨をご理解の上、ご協力くださいますようにお願いいたします。尚、事前に実習に関する説明・承諾は得ますが、ご利用者及びご家族の申し出により実習を断ることができます。

・自然災害などにより訪問看護の移動に危険を伴う恐れがある場合は、時間・日程を調整させていただくことがありますのでご了承ください。

・暴言・暴力・セクハラなどは固くお断りします。看護師へのハラスメントなどにより、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

・コロナ感染状況により、看護師等の感染予防対策に留意します。訪問時マスク着用、部屋の換気、手洗いの徹底などご協力ください。又ご本人、ご家族等発熱等の症状があるときは訪問前にご連絡ください。

|  |
| --- |
|  |

令

令和　　年　　月　　日

訪問看護・介護予防訪問看護の提供を開始するに当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、重要事項の説明を行いました。

事業者 住所 京都府宇治市木幡西浦34番地４

事業者名 株式会社　絆

事業所名 訪問看護ステーション　絆

代表者 管理者　　金澤　　克枝　　　　　印

説明者 氏名　　　　　　　　　　　　　　印

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

ご利用者 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

ご家族（代理人） 住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

緊急の連絡先

氏名

　連絡方法

同意書

(緊急時訪問看護加算・特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）)

* 私は、貴訪問看護ステーションの24時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するために、緊急時訪問看護を算定することに同意します。
* 私は、病気の状態から、（　　　　　　　　　　　）の管理・相談が必要なため、特別管理加算（Ⅰ）または（Ⅱ）を算定することに同意します。

特別管理加算（Ⅰ） 特別管理加算（Ⅱ）

令和　　年　　月　　日

訪問看護ステーション　絆　　管理者　金澤　克枝　様

利用者　　住所

|  |
| --- |
|  |

氏名

|  |
| --- |
|  |

同意者　　住所

|  |
| --- |
|  |

氏名

|  |
| --- |
|  |

　　　利用者との続柄

|  |
| --- |
|  |

ご利用者の個人情報の保護に関する同意書

訪問看護ステーション絆　　様

私及びその家族の個人情報については、下記の必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1. 個人情報の利用目的
2. サービスの申し込み及びサービスの提供を通じて収集した個人情報が、諸記録の作成、私へのサービス提供及び状態説明に必要な場合（サービス担当者会議などにおいて）
3. サービスの提供に関することで、第三者への個人情報の提供を必要とする場合主治医の所属する医療機関、連携医療機関、連携居宅サービス事業所や連携居宅介護支援事業所若しくは介護予防支援事業所等からの私のサービス等に関する照会への回答等
4. サービスに関すること以外で、以下のとおり必要がある場合

医療保険・介護保険請求事務、保険者への相談・届出・照会の回答・会計・経理・損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

　　　※学生等の実習・研修協力（事前に確認し、同意を得る）

　　　※事例検討会や学会等での発表（匿名化が困難な場合には同意を得る）

２．個人情報の保護

収集した私及び家族の個人情報は、保存方法、保存期間及び廃棄処分については、適用される　法律のもと処分すること。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

ご利用者

　　　　　住　所

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　ご家族

　　　　　住　所

　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印