

訪問看護ステーション 野の花

重要事項説明書（医療保険）

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている訪問看護サービスについて、契約を締結する前に、知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は訪問看護サービスを提供契約締結に際して、ご注意ください。ご注意いただきたいことを説明するものです。

訪問看護重要事項説明書(医療保険)

<令和 年 月 日 現在>

1 訪問看護事業者(法人)の概要

名称・法人種別	社会医療法人 義順顕彰会
代表者名	理事長 田上 寛容
所在地・連絡先	(住所)〒891-3101 鹿児島県西之表市西之表 7463 (電話)0997-22-2880 (FAX)0997-22-2551

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 野の花
所在地・連絡先	(住所)〒891-3101 鹿児島県西之表市西之表 7463 (電話)0997-22-2880 (FAX)0997-22-2551
事業所番号	4661390015
管理者の氏名	榎本 親子

(2)事業所の職員体制

管理者・ 訪問看護師	管理者 訪問看護師兼務 看護師 3名(常勤職員3名)
リハビリテーション職員	理学療法士 ・ 作業療法士 ・ 言語聴覚士 いずれか1名以上 種子島医療センター・田上診療所兼務
事務職員	1名 (種子島医療センター兼務)

(3)事業の実施地域

事業の実施地	西之表市内 中種子町・南種子町は要相談 ※中種子町、南種子町の利用者は、 交通費が必要となります。
--------	--

(4)営業日

営業日	営業時間
月～土曜日	8:30～17:00
営業しない日	日曜日、祝祭日、 お盆（8月14日・8月15日） 年末年始（12月31日～1月3日まで）

3 サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護ステーションの看護師が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。

4 費用

(1) 医療保険対象サービス

医療保険の適応がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割から3割(保険証に提示)が利用者の負担額となります。

【料金表】

保険と自己負担について

保険種別	自己負担の割合
後期高齢者医療保険	75歳以上(一定障害者 65～74歳) 1割・3割(保険証に表示)
国民健康保険	70～74歳 1割・3割(保険証に表示)
健康保険	70歳未満 原則3割

保健師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士による場合
(所要時間 30分～1時間 30分)

	1割	2割	3割	
基本療養費 I	555円 610円	1110円 1220円	1665円 1830円	週3日まで 週4日目以降
管理療養費イ	744円 300円	1488円 600円	2232円 900円	月1回目の訪問 月2回目以降の訪問

《その他の加算等金額》

		1割	2割	3割	
難病等の利用者に対して複数回訪問した場合	1日2回訪問	450円	900円	1350円	1日につき
	1日3回訪問	800円	1600円	2400円	
特別な管理を必要とするお客様(厚生大臣が定める状態にある方に限ります。)に対して、サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合 ①重症度の高い方 ②①以外	①	500円	1000円	1500円	月に1回
	②	250円	500円	750円	
訪問看護ターミナルケア療養費 1		2500円	5000円	7500円	
訪問看護ターミナルケア療養費 2		1000円	2000円	3000円	
利用者・家族に対して24時間の連絡体制にある場合		652円	1304円	1956円	月に1回
90分を超える訪問看護(基準に応じて)を提供した場合		520円	1040円	1560円	週に1回
1人での看護師による訪問看護が困難な利用者に対して複数人の看護師による訪問を行った場合		450円	900円	1350円	週に1回
緊急時訪問看護加算イ月14日まで ロ月15日以降		265円	530円	795円	1日につき
		200円	400円	600円	
訪問看護ベースアップ評価料 I		780円	1560円	2340円	月に1回

	1割	2割	3割	
乳幼児加算 (6歳未満の小児への訪問)	130円	260円	390円	
厚生労働大臣が定めるが定める者に該当する場合	180円	360円	540円	1日につき
夜間(18時～21時)・早朝(6時～8時)に訪問した場合	210円	420円	630円	1日につき
深夜(22時～6時)に訪問した場合	420円	840円	1260円	1日につき
交通費(実費)(島内全域)	200円			1日につき

(2) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

利用料のお支払いについては、現金払い又は口座引落しのどちらかでのお支払いになります。

毎月10日に請求書を発行し10日以降の訪問日に前月の請求書を同封し持参いたしますので、その次の訪問日に封筒内に料金の準備をお願いします。

※請求書持参後、種子島医療センター受付の方でもお支払いが可能です。その際は医事担当者へお支払いください。

領収書の発行については、原則、利用料金をお支払いした月の翌月に発行致します。お支払月に領収書が必要な場合は、ご相談頂ければ、対応をさせていただきます。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

お客様がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、お客様の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的として訪問看護サービスを提供します。

(2) 運営方針

- ・当ステーションは、訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅生活を推進し、快適な療養ができるように努めます。
- ・ステーションは事業の運営にあたって、必要な時に必要な訪問看護の提供ができるように努めます。
- ・ステーションは事業の運営にあたって、関係区市町村、地域包括支援センター、保健所及び近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) その他

事項	内容
訪問看護計画の作成及び事後の評価	看護師が、利用者の直面している課題等を評価し、主治医の指示及びお客様の希望を踏まえて、訪問看護計画書を作成します。また、サービスの提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年数回、事業所内・外での研修を行っています

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	榎本 親子
	ご利用時間	営業時間内
	ご利用方法	電話：22-2880
		面接：当事業所

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

(1) 医療機関

病院名	種子島医療センター
所在地	鹿児島県西之表市西之表 7463 番地
電話番号	0570-090-960
主治医名	
主治医診療科	

(2) 利用者の緊急連絡先 (家族等)

氏名 (続柄)	
住所	
電話番号	

8 利用者へのお願い

サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅サービス事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者甲 住所 _____

氏名 _____

(選任した場合)

代理人 住所

続柄

氏名

事業者乙 住所 鹿児島県西之表市西之表 7463

事業者(法人)名 社会医療法人 義順顕彰会

事業所名 訪問看護ステーション 野の花

代表者名 田上 寛容 印

説明者 職 名

氏 名 印