

# 訪問看護ステーション 野の花

## 重要事項説明書（介護保険）

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(介護保険)

<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、南種子町の利用者の場合は、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) 介護保険給付対象サービス

介護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割が利用者の負担額となります。利用者の利用負担額につ

いては、以下に記載します。

【 料 金 表 】

訪問看護（要介護 1～5）

所要時間	1 割	2 割	3 割	夜間・早朝料 金	深夜料金
20 分未満	314 円	628 円	942 円	25/100 加算	50/100 加算
30 分未満	471 円	942 円	1413 円	25/100 加算	50/100 加算
30 分以上					
1 時間未満	823 円	1646 円	2469 円	25/100 加算	50/100 加算
1 時間以上					
1 時間 30 分 未満	1128 円	2256 円	3384 円	25/100 加算	50/100 加算

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問

所要時間	1 割	2 割	3 割	1 週間に 3 回以上行った場合
1 回 (20 分)	294 円	588 円	882 円	90/100 を加算

介護予防訪問看護（要支援 1・2）

所要時間	1 割	2 割	3 割	夜間・早朝料 金	深夜料金
20 分未満	303 円	606 円	909 円	25/100 加算	50/100 加算
30 分未満	451 円	902 円	1353 円	25/100 加算	50/100 加算
30 分以上					
1 時間未満	794 円	1588 円	2382 円	25/100 加算	50/100 加算
1 時間以上					
1 時間 30 分 未満	1090 円	2180 円	3270 円	25/100 加算	50/100 加算

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問

所要時間	1割	2割	3割	1週間に3回以上行った場合
1回(20分)	284円	568円	852円	90/100を加算

※准看護師が訪問した場合は、所定単位数の90/100を算定します

※夜間：午後6時～午後10時 25/100

早朝：午前6時～午前8時 25/100

深夜：午後10時～午前6時 50/100を所定の単位数に加算

《その他の加算金額》

加算内容	1割	2割	3割
利用者の同意のもとに、利用者・家族等に対して24時間連絡体制にある場合 (計画外の緊急時訪問を必要に応じて行う場合は、その都度、上記の基本料金がかかります。) □利用を希望します。	1月に 574円	1月に 1148円	1月に 1722円
特別な管理を必要とする利用者(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経管、胃瘻、バルーン、ポート類使用 ②褥瘡、喀痰吸引、人口肛門等	1月に ①500円 ②250円	1月に ①1000円 ②500円	1月に ①1500円 ②750円
ターミナルケア加算	2500円	5000円	7500円
訪問看護サービス提供体制強化加算	1回6円	1回12円	1回18円
特別地域訪問看護加算(離島のため)	利用料金の15%	利用料金の15%	利用料金の15%
初回が退院・退所日以外	300円	600円	900円
初回が退院日・退所日	350円	700円	1050円
看護体制強化加算 II 要介護の方のみ	1月に 200円	1月に 400円	1月に 600円
交通費(実費)(中種子町、南種子町の方)	1日200円	1日200円	1日200円

・上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要

した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められた

サービスにかかる標準的な時間を基準とします。

- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますので、ご相談ください。
- ・介護保険適応の場合でも、保険料の滞納等により、事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

## (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