

医療法人 有心会

重要事項説明書

(指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービス)

当施設はご契約者に対して指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護事業所

内田橋訪問看護ステーション

当事業所はご契約者に対して訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意くださいを次のとおり説明します。尚、当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要支援」「要介護」と認定された方が対象となります。要介護認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

1 事業者

- (1) 法人名 医療法人 有心会
- (2) 法人所在地 豊橋市松村町51番地
- (3) 電話番号 052-848-2000 (代)
- (4) 代表者氏名 新里 徹
- (5) 設立年月日 平成8年6月13日

2 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 指定訪問看護事業 令和6年 6月 1日指定
愛知県第 2361290444 号
- (2) 事業所の目的 ご契約者（利用者）が、要介護者等の心身の特性を踏まえて、全体的な日常動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援することを目的として、ご契約者に訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスを提供します。
- (3) 事業所の名称 内田橋訪問看護ステーション
- (4) 事業所の所在地 名古屋市南区内田橋二丁目10番8号
- (5) 電話番号 052-602-6026(代)
052-602-6224(直通)
- (6) 事業所長（管理者）氏名 國廣 直子
- (7) 開設（サービス開始）年月日 令和6年6月1日
- (8) 通常の事業の実施地域 名古屋市内（南区 瑞穂区 熱田区 港区）
- (9) 営業日及び営業時間 月曜日～土曜日 *祝日は営業
(日曜日、12月29日～1月3日を除く)
9:00～17:00 (受付時間及びサービス提供時間)

3 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を必要数配置しています。

1. 管理者（看護師） 1名
2. 看護師 2名以上

4 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービスの内容

- ① 症状の観察、バイタルサイン・チェック
- ② 清拭・入浴等による清潔の保持
- ③ 食事及び排泄等の介助、指導
- ④ 褥瘡の予防・創処置
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ ターミナルケア
- ⑦ 認知症患者の看護
- ⑧ 療養生活や介護方法の指導
- ⑨ カテーテル等の管理
- ⑩ その他の医師の指示による医療処置、服薬管理

(2) 利用料金（1回あたり）

【1】介護保険適用による介護予防訪問看護費の場合

- ① 自己負担

(訪問看護サービス提供体制加算は含まれる)

所要時間	自己負担額
看護師による30分未満の訪問	505円
看護師による30分以上1時間未満の訪問	884円
看護師による1時間以上1時間30分未満の訪問	1,211円

※准看護師が訪問を行った場合は、所定単位数の90/100に相当する単位数

【2】介護保険適用による訪問看護費の場合

① 自己負担

(訪問看護サービス提供体制加算を含まれる)

所要時間	自己負担額
看護師による30分未満の訪問	527円
看護師による30分以上1時間未満の訪問	916円
看護師による1時間以上1時間30分未満の訪問	1,253円

※准看護師が訪問を行った場合は、所定単位数の90/100に相当する単位数

② 各種加算

平常の時間帯以外の時間帯でのサービスを行う場合には、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。

加算項目	加算率・加算単位	備考
夜間加算 (18:00~22:00)	所定点数×25/100	
早朝加算 (6:00~8:00)	所定点数×25/100	
深夜加算 (22:00~6:00)	所定点数×50/100	
ターミナルケア加算 (予防は除く)	2500単位/月	(自己負担額) 2,762円
緊急時訪問看護加算 I	600	// 663円
初回加算 I/II	350/300	// 387/332円
退院時共同指導加算	600	// 663円
特別管理加算	I 500	// 553円
	II 250	// 276円
専門管理加算	250	// 276円
看護体制強化加算	I 550	// 607円
	II 200	// 221円
	予防100	// 111円
口腔連携強化加算	50	// 553円

※ターミナルケア加算

在宅で死亡した利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日(末期の悪性腫瘍、その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限るに対しては1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時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む)。

医療保険においてターミナルケア加算を算定する場合は算定対象外

【3】医療保険適用による場合

- ① 後期高齢者医療の方
訪問看護療養費の1割～3割
- ② 後期高齢者医療以外の方
訪問看護療養費の2割～3割
- ③各受給者証をお持ちの方

※サービスの実施時間は30分から1時間30分程度を標準とする

※平常の時間帯以外の時間帯、及び休日にサービスを行う場合追加料金
2,000円徴収

※医療保険改定にて変更があるため 別紙参照

※ターミナルケア加算

在宅で死亡した利用者に対して、死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍、その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限るに対しては1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時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む）。

介護保険においてターミナルケア加算を算定する場合は算定対象外

【4】訪問看護及び介護予防訪問看護の提供以外のサービス

- ① 交通費
通常の事業実施を超えた地点から、往復路1キロメートル毎に110円
（内消費税10円）
- ② 材料費
おむつ代・衛生材料費等は実費徴収
- ③ 死後の処置 12,960円（内消費税960円）

【5】利用料金支払い方法

1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたします。

【6】キャンセル料について

利用者様からのサービス利用中止については、前日の午後5時までに御連絡頂き、予定されたサービスの変更、中止することができます。その際はキャンセル料の発生は致しません。御連絡がなく看護師が御自宅に訪問した場合、予定利用料金の自己負担金を御負担して頂くことになります。但し、利用者様側の病状の急変や緊急等のやむを得ない事情がある場合は不要です。

5 サービス利用に関する留意事項

訪問看護従事者の選定及び交替	複数の従事者がサービス提供にあたりますので、従事者の選定及び交替については当事業所の管理者にお任せください。
サービス実施時の留意事項	訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。 訪問看護従事者が事業所との連絡のため電話を利用させていただきます。 尚、やむを得ない場合には、訪問看護従事者が無償でトイレを利用させていただきます。
サービス内容の変更	サービス利用当日に、ご契約者の御都合等の理由で予定されていたサービスが実施できない場合は、サービス内容の変更を行います。
訪問看護従事者の禁止行為	訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。 ① 医療補助行為を除く医療行為 ② ご契約者の家族に対する訪問看護 ③ ご契約者・家族等からの物品等授受 ④ 飲酒及びご契約者及びその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動 ⑤ その他のご契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

6 事故発生時の対応及び賠償責任

- (1) 訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者及び扶養者が指定する者に連絡するとともに、必要な措置を講じる。
- (2) 訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスの提供に伴って事故が発生した場合には、当事業所は、利用者に対して、損害を賠償するものとする。
- (3) 利用者の責に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び扶養者は、連帯して、当事業所に対して、その損害を賠償するものとする。

7 苦情の受付について

- (1) 当事業所における苦情受付

内田橋訪問看護ステーション 苦情相談担当 管理者 國廣 直子

相談時間 9時～17時 TEL 052-602-6026(代) 052-602-6224(直通)

- (2) その他の苦情受付先

名古屋市役所 健康福祉局高齢福祉部介護保険課 TEL 052-959-3087

愛知県国民健康保険連合会 介護保険苦情相談担当 TEL 052-971-4165

ご利用に関する重要事項の説明について

私は、本書面に基ついて事業者から訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスに関する重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービス及び指定介護予防訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所 _____ 氏名 _____ 印

代理人住所 _____ 氏名 _____ 印
(利用者との関係: _____)

説明者 職名 _____ 氏名 _____ 印

緊急時訪問看護契約書

重要事項の説明を受け、介護保険法及び医療保険法に基づき、緊急時訪問看護を申し込み契約いたします。

令和 年 月 日

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

特別管理加算契約書

医療装具装着や医療行為の管理が必要な状況であるため特別管理加算を受ける事に同意致します。

令和 年 月 日

契約者 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____

代理人 住 所 _____

氏 名 _____ 印 _____