

「虹色訪問看護ステーション」

重要事項説明書

(介護保険)

<目次>

1. 事業所概要
2. サービスの内容
3. 費用
4. キャンセル
5. 苦情相談窓口
6. 事故発生時の対応
7. 緊急時対応
8. お客様へのお願い

< 2024年8月1日現在 >

1. 訪問看護事業者の概要

(1) 事業所の概要

名 称	虹色訪問看護ステーション
所 在 地	愛知県東郷町大字春木字涼松185-9 B棟
連絡先	(電話) 052-800-2127 (FAX) 052-800-2133
介護保険指定番号	2365090105
サービス提供地域	東郷町・日進市・豊明市・長久手市・みよし市・刈谷市(井ヶ谷町) 豊田市(千足町)・名古屋市(名東区・天白区・緑区)

(2) 訪問看護ステーションの職員体制

職 種	資 格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	業務内容	計
管 理 者	看護師	1名	1名			管理・看護	1名
看護師	正看護師	2名		4名		看護	6名
言語聴覚士	言語聴覚士			1名		機能訓練	1名
作業療法士	作業療法士			1名		機能訓練	1名
事務員	一般事務			2名		事務	2名

(3) 営業時間等

月曜日～土曜日	8:30～17:30
定休日	日曜・祝日・年末年始(12/30～1/3)

* 24時間連絡対応体制あり

2. サービスの内容

ご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、定期的に訪問し以下のような在宅療養全般の援助を行います。

- ①健康相談：血圧・体温・脈拍の測定や病状の観察、かかりつけ医の治療方針に沿って治療の援助をします。
- ②日常生活の看護：体を清潔にしたり、髪を洗ったり、入浴の介助を行います。
- ③機能訓練及び指導：日常生活に必要な身体機能の維持向上に向けたリハビリを行います。

④介護方法の援助・相談：食事・排泄・移動などの援助。療養上の相談。福祉サービス、介護用品利用のお手伝いを行います。

⑤医師の指示からの医療処置：床ずれの予防や手当て、膀胱留置カテーテルなどの処置。

3. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険が適応の場合は、介護報酬告示上の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

保健師・看護師が訪問看護を行った場合

(1 単位=10.42 円)

所定時間	要介護	要支援
20分未満	314 単位	303 単位
20分以上30分未満	471 単位	451 単位
30分以上1時間未満	823 単位	794 単位
1時間以上1時間30分未満	1,128 単位	1,090 単位

リハビリ（理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士）による訪問看護を行った場合

(1 単位=10.42 円)

所定時間	要介護	要支援
1回あたり20分	294 単位	284 単位

(1日3回以上の場合は50/100)

その他の加算料金

(1 単位=10.42 円)

内容	単位数	
初回加算Ⅰ（退院又は退所日のみ）	350 単位	
初回加算Ⅱ	300 単位	
特別管理加算Ⅰ（悪性腫瘍患者・留置カテーテルなど）	500 単位	
特別管理加算Ⅱ（在宅酸素・中心静脈栄養・人工肛門・褥瘡など）	250 単位	
緊急時訪問看護加算Ⅰ	600 単位	
複数名訪問看護加算Ⅰ（2人の看護師等が同時に）	30分未満	254 単位
	30分以上	402 単位
複数名訪問看護加算Ⅱ（看護師等と看護補助者が同時に）	30分未満	201 単位
	30分以上	317 単位
長時間訪問看護加算（1時間30分以上30分未満）	300 単位	
退院時共同指導加算	600 単位	
口腔連携強化加算（1月に1回限り）	50 単位	
ターミナルケア加算（死亡月）	2,000 単位	

夜間（午後5時30分から午後10時）	25%	加算あります
早朝（午前6時から午前8時30分）	25%	加算あります
深夜（午後10時から午前6時）	50%	加算あります

*当ステーションは地域区分6級地となっており、1単位の単価が10,422円の上乗せとなります。

*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、お客様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。

*医療保険を利用された方は所定の利用料がかかります。

(2) その他の利用料（介護保険給付対象外）

(税別)

保険外訪問料金		要介護	要支援
		20分以上30分未満	4,900円
	30分以上1時間未満	8,600円	8,300円
	1時間以上1時間30分未満	12,000円	11,500円
長時間利用料	1時間30分を超える訪問看護30分につき	4,300円	
衛生材料費	ガーゼ・テープ類など	実費相当額	
有料駐車場	訪問時間内の駐車スペースの確保が困難な時	実費相当額	
死後の処置料	材料費含む	15,000円	

*介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用の自己負担となりますのでご相談ください。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払わない場合があります。その場合は、一旦1日あたりのご利用料金全額を頂き、サービス提供証明書を発行致しますので、これを各市町村の窓口へ提出の上、差額の払い戻しを受けて下さい。

(3) 交通費 (税別)

1. に記載した事業のサービス提供の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を越えた地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

- ① 実施地域を越えた地点から、片道5キロメートル未満 100円
- ② 実施地域を越えた地点から、片道5キロメートル以上 200円

(4) お支払方法：（契約書第12条参照）

料金は、月ごとの精算とし次月、20日までに前月分の請求を致しますので、14日以内に現金で訪問担当職員にお支払い下さい。

4. キャンセル（一時的サービスの中止）

（1）キャンセル料金

①利用者がサービスの中止をする際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

虹色訪問看護ステーション：（０５２）８００－２１２７

②利用者の都合でサービスを中止する場合は、サービスを利用する日の前々日までにご連絡ください。前日または当日のキャンセルは、以下のキャンセル料を申し受けることになりま
すのでご了承ください。

③利用者の様態の急変など、緊急時やむを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要です。

キャンセル料	
サービス利用時の前日まで	利用者負担の５０％
サービス利用日	利用者負担の１００％

（2）その他

以下の様な場合は、文書で通知したうえで契約を終了させて頂く場合があります。

①ご利用者様のサービス利用料金の支払いが、請求した月末までに行なわれず、料金を支払うよう催告した日より２週間以内に支払われない場合

②ご利用者様が正当な理由無くサービスの中止をしばしば繰り返した場合

③ご利用者様の入院もしくは病気等により、１ヶ月以上に渡ってサービスが利用出来ない状態であることが明らかになった場合

④ご利用者様またはそのご家族様、事業者やサービス従業者または他のご利用者様に対してこの契約を継続し難いほどの背信行為を行なった場合

5. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

<当事業所窓口> 虹色訪問看護ステーション

電話番号 052-800-2127

FAX番号 052-800-2133

担当者 福島 美佐子

受付時間 月～金曜日 9:00～17:00

<愛知県国民健康保険団体連合会 介護保険課> 電話番号 052-971-4165

<東郷町 高齢者支援課> 電話番号 0561-56-0735

<日進市 介護福祉課> 電話番号 0561-73-1495

<豊明市 長寿課> 電話番号 0562-92-1261

<長久手市 長寿課> 電話番号 0561-56-0613

<みよし市 長寿介護課> 電話番号 0561-32-8009

<刈谷市 長寿課> 電話番号 0566-62-1013

<豊田市 介護保険課> 電話番号 0565-34-6634

<名古屋市福祉課 介護保険係>

電話番号 名東区：052-778-3097

天白区：052-807-3897

緑 区：052-625-3964

6. 事故発生時の対応

サービス提供時に事故が発生した場合、必要な処置を講じるとともに、速やかにご家族及び主治医、介護支援専門員に連絡し対応いたします。

7. 緊急時の対応方法

ご利用者に容態変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医の指示に従うとともに救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡対応をいたします。

緊急連絡先 (家族等)	氏名		続柄		
	住所				
	電話番号	(お名前・携帯など)			
		1.	:	()	—
		2.	:	()	—
医療機関名					
	医師名				
	電話番号	() —			

8. お客様へのお願い

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

当事業所は、サービス内容説明及び本書面に基づいて、訪問看護サービス及び重要事項の説明を行いました。

20 年 月 日

事業者 <事業者名> 虹色訪問看護ステーション

<住所> 愛知県愛知郡東郷町大字春木字涼松 185-9 B棟

<管理者名> 所長 福島 美佐子 印

<説明者> 職名 ()
氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 <住所> _____

<氏名> _____ 印

署名代理人 <住所> _____

<氏名> _____ 印

契約者との関係 () 署名代行の理由 ()

契約者家族代表

<住所> _____

<氏名> _____ 印