

# 「虹色訪問看護ステーション」

## 重要事項説明書

### (医療保険)

#### <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. 契約終了の場合
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

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
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や理学療法士が、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) 医療保険の負担金：各自負担金額（別紙参照）

(2) サービスの加算料金：

□24時間対応体制加算：利用者の同意を得て24時間体制で、計画的な訪問以外に必要時電話時相談、緊急訪問を行うことに対し、1か月に1回算定します。

□特別管理加算：厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対し、1か月に1回算定します。

□訪問看護ターミナルケア療養費：在宅で死亡した利用者に対し、死亡前24時間以内にターミナルケアを行ったときに算定します。

(3) 交通費：(税別)

5キロ以内100円

5キロ以上200円

(4) その他の利用料：(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	

(5) 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

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には、できるだけサービスを利用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と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%

5. 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

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、医療保険者証、医療費助制度等の受給者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