

訪問看護

（介護予防・介護保険・医療保険）

赤坂宿訪問看護ステーション

契約書別紙（重要事項説明書）

赤坂宿訪問看護ステーション 重要事項説明書

1. 事業の概要

(1) 事業者の概要

名称	特定非営利活動法人まちの家赤坂宿
所在地	岐阜県大垣市赤坂新町4丁目26番地
代表者名	杉浦美和
電話番号	0584-76-0846
設立年月日	平成21年6月5日

(2) 事業所の概要

施設名	赤坂宿訪問看護ステーション
サービスの種類	訪問看護事業
所在地	岐阜県大垣市池尻町1540
管理者名	林 幸子
電話番号	0584-76-0876
FAX番号	0584-76-0891
事業所番号	訪問看護（岐阜県2162190082）
指定年月日	平成21年11月1日指定

2. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

大垣市赤坂中学校区

* 上記以外の地域の方は交通費が発生します。 100円/回（税抜）

(2) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日（休業日：土日祝祭日、12月29日～1月3日）
営業時間	午前9：00～午後5：00

* 24時間対応体制をとっています。医療保険利用者及び介護保険の緊急時訪問看護加算に同意されている方には、専用の電話番号をお知らせしますので、いつでも看護師との連絡が可能です。状況によっては時間に関わらず、訪問いたします。

<緊急連絡先>

① 090-6645-8199 : 第1待機看護師（夜間・休日転送されます）

② 080-9116-6571 : 第2待機看護師

3. 事業所の特徴等

(1) 事業の目的

病气やけが等により居宅において継続して療養を受ける状態にあり、主治医が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

- ① ステーションの看護師等は、利用者の心身の特性を踏まえて、心身の機能の維持回復を目指し、有する能力に応じ自立した生活を営むことができるよう、家庭における療養生活を支援します。
- ② 事業の実施にあたっては、居宅支援事業所、関係市町村、地域の保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- ③ 看護師等は、自ら提供するサービスの質を評価して質向上を図るとともに、緊急の出来事にも柔軟に対応できる大切な整備をし、利用者、ご家族が安心して療養生活を送れるように支援します。

4. 職員体制（スタッフ7名）

職種	勤務の形態・人数					備考	
管理者	常勤	1	人、	非常勤	0	人	看護師と兼務
保健師	常勤	0	人、	非常勤	0	人	
看護師	常勤	3	人、	非常勤	4	人	
理学療法士	常勤	1	人、	非常勤	0	人	

5. 訪問看護 利用料金

（令和 6年 6月 1日現在）

（1）介護予防・介護保険利用者

- * 下記合計単位に（10.21%）を乗じた単位の1～3割が利用料金となります。
- * 利用者負担額が、要介護度別居宅サービス支給限度額を超える場合、超過分は全額自己負担となる場合があります。

基本単位	要介護1～要介護5	要支援1、2
20分未満*①	314単位	303単位
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分まで	1,128単位	1,090単位
1時間30分を超える場合	300単位/回	
理学療法士、作業療法士、言語聴覚士 1回20分で週6回まで	294単位	284単位
	1日3回以上の場合は 90/100	1日3回以上の場合は50/100
*夜間は基本単位に1.25 早朝・深夜訪問は1.5を乗じます。 夜間とは18時～22時、早朝とは6時～8時、深夜とは22時～6時のことです。		
加算	共通 <input checked="" type="checkbox"/>	
複数名訪問看護加算	30分未満254単位/回	30分以上402単位/回
緊急時訪問看護加算*②	600単位/月	
特別管理加算Ⅰ *③	500単位/月	
特別管理加算Ⅱ *④	250単位/月	
ターミナルケア加算（予防介護は除く）	2,500単位/月	
退院時共同指導加算	600単位/月	
初回加算Ⅰ（退院日の初回訪問）	350単位/月	
初回加算Ⅱ（退院日以降の初回訪問）	300単位/月	
サービス提供体制強化加算	6単位/回	
サービス提供体制強化加算	3単位/回	
看護体制強化加算（介護予防）	100単位	
看護体制強化型加算（Ⅰ）	600単位/月	
看護体制強化型加算（Ⅱ）	200単位/月	

- * ①20分未満の訪問看護は、日中に30分以上の定期的訪問看護と緊急時訪問看護加算を受けている場合に算定します。
- * ②携帯電話による24時間連絡体制を行っています。緊急時訪問看護加算は月1回算定されます。緊急時の訪問看護を利用者（家族）から依頼を受けた場合、夜間・早朝、深夜問わず、訪問に要した時間の所定料金をいただきます。
- * ③在宅悪性腫瘍患者指導加算・在宅気管切開患者指導加算を受けている。または、気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態の場合など
- * ④在宅酸素療法指導管理を受けている、真皮を越える褥創の状態の場合など

☆ 上記加算に対する確認事項 同意します 同意しません

定期巡回・随時対応型訪問介護看護

基本単位	
要介護1～4	2,920単位/月
要介護5	3,720単位/月
緊急時訪問看護加算*②	540単位/月
特別管理加算Ⅰ *③	500単位/月
特別管理加算Ⅱ *④	250単位/月
ターミナルケア加算	2,000単位/回
退院時共同指導加算	600単位/回
初回加算	300単位/回

(2) 医療保険利用者

- ① 後期高齢者医療保険の方：後期高齢者医療保険証に記載される負担割合
- ② その他の医療保険の方：国民・健康保険各法に定める負担割合
- ③ 付加利用料

サービス提供時間が2時間を超える場合	2,000円/時間
時間外・営業日以外のサービス提供	2,000円/回（概ね1時間程度）

(3) その他の費用

訪問にかかる交通費	指定地域以外は、1回の訪問につき 片道10Km未満100円・片道10Km以上200円
ご遺体のケア料	10,000円
看護相談（健康相談）	2,000円/時間、以降30分毎に1,000円ずつ加算 （夜間割増率は介護保険に準ずる）
看護支援（ケアを含む）	4,000円/時間、以降30分毎に2,000円ずつ加算 （夜間割増率は介護保険に準ずる）

(4) キャンセル料

- ・ サービスのキャンセルに関しては、前日17時までに申し出てください。
- ・ 前日17時以降のキャンセルに関しては、キャンセル料 2,000円 をいただきます。
ただし、体調の変化などやむを得ない事情がある場合はその限りではありません。

(5) 利用料金の支払い方法

- ・ 利用料は1か月分をまとめて翌月請求書をお持ちします。次のいずれかの方法によりお支払いください。

*3か月を超えて利用料金の滞納があった場合は、サービスを中止させていただく場合がございます。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	指定口座より、サービス利用の翌月28日に振り替えます。
銀行振込	十六銀行 赤坂支店 （普） 口座番号 1375041 口座名義人 特定非営利活動法人まちの家赤坂宿 赤坂宿訪問看護ステーション
現金	サービス利用翌月までにお支払いください。

6. 事故が発生した場合

訪問看護サービスの提供にあたり起こった事故や体調の急変については速やかに利用者・ご家族、主治医、救急機関などに連絡をするとともに、必要な処置を講じます。

7. 個人情報の取り扱い

- ① 当事業所が業務上知りえた利用者やご家族の情報については「個人情報保護に関する法令」を遵守します。ご了解なしに他者にもらすことはありません。
- ② 介護サービスを適切かつ円滑に提供されるよう、主治医、関係市町村、又は介護予防・介護保険サービス事業者、指定介護保険施設などに情報を提供することがあります。その場合は事前に同意書にてご了解をいただきます。

8. 暴力への対応

- * 利用者とともにサービス提供者の人権を守る観点から、暴力・暴言等があった場合、サービスを中止する場合があります。

9. 身体拘束について

- * 利用者当の生命・身体を保護するため、やむを無い場合を除き、身体拘束や行動を制限することを行いません。

10. 苦情申し立て窓口

- * 訪問看護サービスに関する相談や苦情は遠慮なく当事業所までご連絡ください。

赤坂宿訪問看護ステーション

電話：0584-76-0876

苦情窓口担当：杉浦美和

- * 苦情受付については当事業所以外に、市町村窓口でも受付ます

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課

電話：058-275-9826

大垣市 福祉部高齢介護課

電話：0584-81-4111

訪問看護（介護予防・介護保険・医療保険）
赤坂宿訪問看護ステーション 重要事項説明書

年 月 日

訪問看護の提供を開始するにあたり、利用者に対して重要事項説明書に基づいて、
重要事項を説明し交付いたしました。

訪問看護事業者

所在地 大垣市赤坂新町4-26
法人名 特定非営利活動法人まちな家赤坂宿
代表者 杉浦美和
事業所住所 大垣市池尻町1540
事業所名 赤坂宿訪問看護ステーション
管理者 林幸子

説明者 _____ 印

私は、本書面により、事業者から訪問看護の利用に際し重要事項の説明を受け、
訪問看護サービスの提供開始に同意いたしました。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

ご家族（代理人） 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者との関係 _____

私は、利用者・利用者家族の個人情報の使用について、同意します。

（家族代表）

住所 _____

氏名 _____ 印