

訪問看護サービス重要事項説明書

1. 事業所の概要について

2021年4月1日現在

法人格・名称	一般財団法人 宝塚市保健福祉サービス公社
代表者	理事長 妙中 信之
設立年月日	1995年3月設立
事業内容	居宅介護支援事業、介護老人保健施設、訪問看護、介護予防訪問看護、通所介護、介護予防通所リハビリ、訪問介護、介護予防訪問型サービス、訪問型サービスA、介護予防支援事業(地域包括支援センター)指定特定相談事業所、指定障害児相談支援事業所 通所リハビリ、育児・介護ファミリーサポート事業、高齢者世話付き住宅生活援助員の派遣事業、要介護認定調査事業、訪問リハビリ、介護予防訪問リハビリ、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
本体事業所名	ステップこはま訪問看護ステーション
所在地・連絡先	宝塚市小浜4丁目5番6号 電話(0797)86-7889 FAX(0797)86-8960
管理者(相談窓口)	今西 順子
苦情相談窓口担当責任者	訪問サービス課 課長
営業日・時間	平日 8時45分～17時30分
事業所指定番号	2861190029
事業開始日	1995年 8月 1日
訪問看護サービスを提供する実施地域	宝塚市
事業の目的・方針	住み慣れたご自宅で安心して療養生活を送れるよう、訪問看護師・理学療法士・作業療法士等が訪問し、専門家の目で見守り、お一人おひとりの状態にあわせた「看護」「リハビリテーション」を提供いたします。

注) 理学療法士等による訪問看護は、看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものであり 看護職員のかわりに訪問させるもの。

2. 当事業所の従業員について

(1) 2021年4月現在の従業員は次のとおりです。尚、利用者の受け入れ状況により従業員数は変動いたします。

管理者	1名	療法士	1名以上	勤続7年以上 職員	5名以上 (30%以上)
看護師	8名以上	事務員	1名以上		

(2) 利用者に訪問看護サービスを提供する当事業所の従業員は、身分証明書を携帯し、初回訪問時及び利用者や家族から求められた際は、いつでも提示をします。

(3) 担当者の変更について

訪問看護サービスを提供する担当者の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。

利用者のご希望を尊重して調整を行います。

ただし、利用者から特定の担当者の指名はできないことと、当事業所の人員配置などにより、ご希望に添えない場合もありますことをあらかじめご了承下さい。

3. 主な訪問看護サービス内容

健康チェック	体温、脈拍、血圧等の測定・療養相談・心の健康チェックと予防等
療養生活上の看護	清潔ケア、排泄のケア・食生活の援助、コミュニケーションの援助、療養環境の整備等
医師の指示による医療処置の実施	カテーテルの管理、床ずれの予防・処置、吸引、服薬指導
リハビリテーションの実施と相談	日常生活動作の訓練・関節の運動・日常生活用具の利用相談等
介護相談	介護、日常生活に関する相談・家族の精神的支援等
認知症の看護	悪化防止のケア・事故防止のケア・認知症症状のケアと相談 生活リズムの取り方等
終末期の看護	緩和ケア、疼痛管理、看取りのケア等
24時間連絡体制	電話相談、緊急訪問等
主治医、関連機関への連絡調整	主治医や他のサービス機関に対する情報提供等

4. 訪問看護サービス利用料金表

(1) 利用者の訪問看護サービス利用料金(円/1回)

介護保険の適用がある場合は、原則として下記の通り、利用料金の1割もしくは2割以上の利用の方は、負担割合に乗じた金額となります

介護予防 訪問看護

看護師	20分未満			30分未満			30分以上1時間未満			1時間以上1時間30分未満		
	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額
昼間	3,403円	1割	341円	5,038円	1割	504円	8,817円	1割	882円	12,077円	1割	1,208円

介護予防 療法士

療法士	20分以上			40分以上		
	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額
昼間	3,193円	1割	320円	6,386円	1割	639円

訪問看護

看護師	20分未満			30分未満			30分以上1時間未満			1時間以上1時間30分未満		
	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額
昼間	3,524円	1割	353円	5,259円	1割	526円	9,138円	1割	914円	12,497円	1割	1,250円

療法士

療法士	20分以上			40分以上			60分以上			80分以上		
	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額	料 金	負担割合	利用者負担金額
昼間	3,303円	1割	331円	6,607円	1割	661円	8,920円	1割	892円	11,894円	1割	1,190円

*療法士は1回あたり20分とし、1週間に6回までの提供となります。

注1) 当事業所は『サービス提供体制強化加算』の要件に適合している為、1回当たりの利用料金の利用者ご負担額に7円(6単位)を加算し、例示しています。

注2) 平常の時間帯(午前8時から午後6時まで)以外の時間帯で訪問看護サービスを行う場合は、次の割合で利用料金が加算されます。割増料金は介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

提供時間帯	早朝	夜間	深夜
時間帯加算	午前6時から午前8時まで 25%加算	午後6時から午後10時まで 25%加算	午後10時から午前6時まで 50%加算

注3) 介護保険での給付の範囲を越えた訪問看護サービスの利用料金は、事業者が別に設定した金額が利用者の負担となりますのでご相談ください。

(2) 加算料金(必要な加算には✓が入ります)

✓		料 金	お客様負担金額	
緊急時訪問看護加算	利用者の同意のもとに、利用者とその家族に対して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、上記の料金が必要です。)	6,342円/月	1割負担	635円/月
特別管理加算	特別な管理(*)を必要とする利用者(厚生労働大臣が定める状態にある方)に対して、訪問看護サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合	(Ⅰ) 5,525円/月	1割負担	553円/月
		(Ⅱ) 2,762円/月	1割負担	277円/月
初回加算	過去2カ月の間に当事業所から訪問看護を提供していない利用者に対して新たに訪問看護計画書を作成した場合	3,315円/月	1割負担	332円/月
退院時共同指導加算	病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の利用者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、内容を文書により提供した場合(初回加算と同時加算にはなりません)	6,630円/月	1割負担	663円/月
長時間訪問看護加算	特別管理加算の対象となる利用者に対して1回の訪問時間が1時間30分を越えた場合	3,315円/回	1割負担	332円/回
複数名訪問加算(Ⅰ)	利用者や家族の同意をいただいている場合であって、利用者の身体的、精神的理由等により同時にふたりの職員が訪問看護を行った場合	(30分未満) 2,806円/回	1割負担	281円/回
		(30分以上) 4,442円/回	1割負担	445円/回
複数名訪問加算(Ⅱ) (看護補助者)		2,221円/月	1割負担	223円/回
看護・介護職員連携強化加算	訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合	2,762円/月	1割負担	277円/月
ターミナルケア加算	利用者が亡くなられた日を含めて14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合であって、主治医との連携の下、実施するターミナルケア計画等について利用者や家族の同意を得ている場合	22,100円/月	1割負担	2,210円/月

注4) ・ 制度改定等により今後この料金体系は変更する場合があります。その際は文書をお渡しして説明します。

- ・ 上記については、1割負担の金額です。負担割合に応じて、乗じた金額となります。
- ・ 緊急訪問を行った場合、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算は1月以内に2回目以降の緊急時訪問について、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算が算定されます。

(* 特別な管理とは)

特別管理(Ⅰ)	特別管理(Ⅱ)
在宅悪性腫瘍患者指導管理を受けている状態	在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅気管切開患者指導管理を受けている状態	在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
気管カニューレを使用している状態	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
留置カテーテルを使用している状態	真皮を超える褥瘡状態
	点滴注射を週3回以上行う必要があると認められる状態

- 注5) ・ 要介護認定前に訪問看護サービス提供を行う場合、利用料金の全額を一旦お支払い頂きます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます。(償還払い) また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。
- ・ 利用者の認定が「自立」の場合は全額自己負担となります。また、認定された結果に応じて利用料の一部が利用者の負担となる場合があります。

(3) キャンセル料

予定されていたサービスの利用をキャンセルされる場合、次のとおりキャンセル料を請求させていただきます。

① 前日の17時30分までにご連絡の場合、キャンセル料は不要です。

② ①に記載した時刻までにご連絡がない場合、予定されていたサービスにかかる利用料の90%を請求させていただきます。

ただし、利用者の急病などやむを得ない理由の場合、キャンセル料は請求いたしません。

(4) 市外訪問時の交通費

市外の場合、当事業所より2km以内の場合は無料、2kmを越え5km以内の場合は420円/回、5kmを越え10km以内の場合は530円/回、10kmを越える場合は600円/回を頂きます。

5. 料金の支払い時期と支払方法について

利用料、その他の費用は、利用の月ごとにその合計額を請求いたします。お支払いは、原則として利用者の指定された銀行預金口座またはゆうちょ銀行通常貯金口座から引き落としの方法でお支払いいただきます。

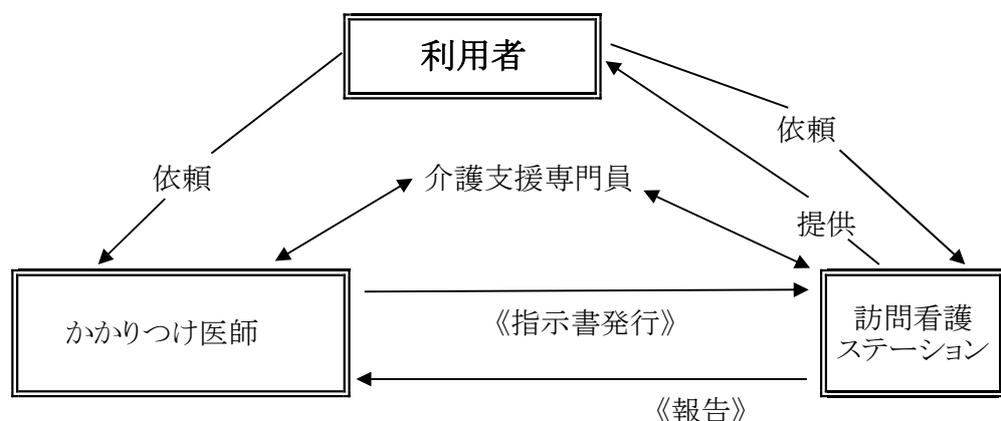
銀行預金口座の場合は翌月27日に、ゆうちょ銀行通常貯金口座の場合は翌月20日に引き落としをさせていただきます。(振替日が金融機関休日の場合は翌営業日となっております)

ただし、上記の方法によるお支払が困難な場合に限り、現金によりお支払いいただくこともできます。

お支払いを確認の上、領収書を発行しますので、必ず保管してください。

6. 訪問看護サービス提供の手順

- (1) 下図のようにかかりつけ医の指示に基づいて、訪問看護師が利用者、家族、関係機関と話し合いながら訪問看護サービスをすすめていきます。



- (2) 「居宅サービス計画」に沿った訪問看護計画を作成し、利用者又は家族に説明し、同意を頂いた上、訪問看護計画書を交付いたします。

なお計画が作成される前であっても、緊急に必要な場合には訪問看護サービスを提供いたします。

7. 事業者の責務について

(1) 居宅サービスの提供内容の記録について

利用者に提供したサービスの記録は、利用終了後5年間保管します。記録については、利用者と家族に限り、情報公開申出書により、閲覧していただくことができます。写しの交付が必要な場合は、実費をお支払いいただきます。

(2) 秘密保持と個人情報(プライバシー)の保護について

事業者がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で利用者または家族の情報を使用する必要があります。この場合には、あらかじめ利用者または家族に説明し同意書に署名をいただいた上で使用します。

(3) 賠償責任について

事業者の責任において、利用者の身体・財産などを傷つけた場合は、事業者は、利用者とその損害を賠償いたします。

事業者は、全国訪問看護事業協会の「訪問看護事業総合補償制度」に加入しています。

8. 留意事項

サービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- (1) サービス提供契約以外のサービスの実施
- (2) 宗教活動、営利活動、政治活動
- (3) 利用者または家族からのサービスに係る料金を除く金銭の授受及び提供するサービスと無関係な物品の授受
- (4) 利用者の居宅内での飲食

9. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の状態が急変した場合、利用者が予め指定する連絡先に連絡するとともに、必要な対応を行います。

10. 相談・苦情窓口

当事業者の相談窓口以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

- (1) 宝塚市 宝塚市東洋町1-1
健康福祉部介護保険課 電話番号 0797-77-2136
FAX 0797-71-1355

- (2) 兵庫県 兵庫県国民健康保険団体連合会 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801
電話番号 078-322-5617

11. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた際は、別途文書により変更内容を明記した上、契約を更新します。

12. お問い合わせ

1. 職員の手洗い・うがい・咳エチケット等の励行を徹底しております。サービス提供前後にご自宅にて、手洗いをさせていただきます。
2. 当ステーションは、看護学生等の実習にも 協力しています。

事業者は、以上のとおり重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 宝塚市小浜4丁目5番6号

名称 一般財団法人 宝塚市保健福祉サービス公社

代表者 理事長 妙中 信之 印

説明した年月日および時刻 20 年 月 日 時 分

説明した場所 御自宅、その他()

説明した担当者 _____.

以下のことについて同意します。

- ①事業者より上記の重要事項について説明を受けました。
- ②この文書が契約書の一部(別紙)となることについて説明を受けました。
- ③チェックした加算について説明を受けました。

20 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

署名代行者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____