

重要事項説明書

様

株式会社 ナカヤ

ナカヤ寿楽訪問看護ステーション

訪問看護ステーション重要事項説明書

(令和5年10月1日現在)

1. 訪問看護事業者開設者の概要

名称	株式会社ナカヤ
代表者名	中島 浩司
所在地・連絡先	(住所) 島根県出雲市浜町 1141-1
	(電話番号) 0853 - 31 - 4484
	(FAX) 0853 - 31 - 4494

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ナカヤ寿楽訪問看護ステーション
所在地・連絡先	(住所) 島根県出雲市荒茅町 3106
	(電話番号) 0853 - 31 - 8180
	(FAX) 0853 - 31 - 9989
事業所番号	3260490309
管理者の氏名	須田 温子

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数(人)	区分		常勤加算後の 人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1		1	看護従事者及び業務の管理
看護師	2	2		2	訪問看護の業務にあたる
准看護師	0	0		0	

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:30) 常勤で勤務	週休2日
看護師・准看護師	日勤(8:30~17:30)	週休2日

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	出雲市
---------	-----

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営業日	営業時間	備考
月曜日～金曜日	8:30~17:30	

※ 必要に応じ、営業時間外でも訪問可能です。

3. サービスの内容

- (1) 健康相談・介護相談
- (2) 検査や治療促進のための看護
 - ・床ずれ、その他創部の処置
 - ・服薬指導、管理
 - ・留置カテーテルなどの管理
 - ・在宅酸素の管理、指導等
- (3) 日常生活の看護
 - ・清拭・洗髪等による清潔の保持
 - ・食事および排泄等日常生活の世話
- (4) 在宅リハビリテーション看護
- (5) 認知症患者の看護
- (6) 緊急時訪問看護
- (7) 特別管理体制
- (8) その他医師の指示による医療処置
- (9) 在宅リハビリテーション

4. 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

- * 介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の内、介護保険負担割合証の負担割合に基づいた額になります。
- * 下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、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。
- * 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、全額が利用者の自己負担となります。
- * 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険料給付が行われない場合があります。その場合、1 か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。
- * 指定サービスに要する費用の額の算定に関する基準により、指定訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは、隣接する敷地内の建物若しくは、指定看護事業所と同一建物に居住する利用者又は指定訪問看護事業所における1 か月当たり同一の建物に20人以上居住する建物の利用者に対し、指定訪問看護を行った場合は、料金が90/100の料金になります。

【料金表】

〈保健師・看護師が訪問看護を行った場合〉

20分未満	(訪問看護 I 1)	313 単位	(予防訪問看護 I 1)	302 単位
30分未満	(訪問看護 I 2)	470 単位	(予防訪問看護 I 2)	450 単位
30分以上1時間未満	(訪問看護 I 3)	821 単位	(予防訪問看護 I 3)	792 単位
1時間以上1時間30分未満	(訪問看護 I 4)	1,125 単位	(予防訪問看護 I 4)	1,087 単位

〈准看護師が訪問看護を行った場合〉

上記の利用料金のそれぞれ90/100の料金となります。

・事業所と同一建物の利用者 50 人未満にサービスを行う場合	所定単位数 ×90/100
・事業所と同一建物の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位数 ×85/100

〈営業時間外に訪問看護を行った場合〉

早朝（6 時～8 時）および夜間（18 時～22 時）の場合	所定単位数×25/100
深夜（22 時～6 時）の場合	所定単位数×50/100

〈付加サービス〉（ ）内の金額がお客様の負担額になります。

【初回加算】 ・新規に初回の訪問看護を行った場合 ・支援から要介護または、その逆となった場合 ・2 か月間訪問看護を行わなかった場合	初回の訪問の月のみ 300 単位
【退院時共同指導加算】 ・病院、診療所又は介護老人保健施設を退院又は退所にあたり、退院時共同指導を行った後に訪問看護を行った場合	退院時 1 回のみ 600 単位
【緊急時訪問看護加算】 ・利用者の同意のもとに、利用者・家族等に対して 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、その都度上記の基本料金がかかります。）	1 月につき 574 単位
【特別管理加算】 ・特別な管理を必要とする利用者（厚生大臣が定める状態にある方）に対して、サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合	特別管理加算（Ⅰ）：500 単位 特別管理加算（Ⅱ）：250 単位
【長時間訪問看護加算】 ・特別管理加算の対象の方で、1 時間 30 分以上の訪問看護を実施した場合、所定サービス費（1 時間以上 1 時間 30 分未満）に加算されます。	1 回につき 300 単位
【複数名訪問加算】 ・利用者の同意のもとに、同時に複数の看護師により訪問看護を実施した場合 ・利用者の同意のもとに、同時に複数の看護補助者により訪問看護を実施した場合	30 分未満：254 単位 30 分以上：402 単位 30 分未満：201 単位 30 分以上：317 単位

【看護体制強化加算】	I : 600 単位/月 II : 300 単位/月
【看護・介護職員連携強化加算】 ・たん吸引等特定業務の登録を受けた訪問介護事業所と連携して、その事業所の利用者に対して特定行為業務を円滑に行う為に支援した場合	250 単位
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数×5/100
【ターミナルケア加算】 サービス提供している利用者が自宅で逝去前 24 時間以内にターミナルケアを行った場合	死亡月 2,000 単位
利用者が自宅で逝去され、死後のケアを希望された場合	実費 (20,000 円)

(2) 医療保険による場合

*①40 歳未満の医療保険加入者とその家族、②40 歳以上 65 歳未満の特定疾病以外の方、③65 歳以上で要支援・要介護に該当しない方、④要支援・要介護者のうち、末期の悪性腫瘍や厚生労働大臣が定める疾病の方、⑤急性憎悪期で主治医より特別訪問看護指示書を交付された場合などは、医療保険によるサービスが優先されます。

*基本療養費、管理療養費、症状によって各加算等があります。

各医療保険の負担割合額の負担額 (1~3 割) となります。

*医療受給者証等により、利用者様の負担額が異なる事があります。

〈訪問看護基本療養費・加算項目〉

内容	金額
訪問看護基本療養費 (I)	週 3 回まで 5,550 円/回 週 4 回目以降 6,550 円/回
訪問看護基本療養費 (II) 同一日に 2 人まで	週 3 回まで 5,550 円/回 週 4 回目以降 6,550 円/回
訪問看護療養費 (II) 同一日に 3 人まで	週 3 回まで 2,780 円/回 週 4 回目以降 3,280 円/回
訪問看護療養費 (III)	8,500 円/回
難病等複数回訪問加算	2 回目 4,500 円 3 回目 8,000 円
特別地域訪問看護加算	基本療養費の 50/100
緊急時訪問看護加算	2,650 円
長時間訪問看護加算	5,200 円
複数名訪問看護加算	看護師等 4,500 円/回 看護補助者 3,000 円/回 看護補助者 (1 日 1 回) 3,000 円 看護補助者 (1 日 2 回) 6,000 円 看護補助者 (1 日 3 回以上) 10,000 円

夜間・早朝訪問看護加算（6時～8時） （18時～22時）	2,100円
深夜訪問看護加算（22時～6時）	4,200円
精神科複数回訪問加算	1日2回訪問した場合 4,500円 1日3回訪問した場合 8,000円

〈訪問看護ターミナル療養費〉

訪問看護ターミナル療養費 在宅、特別養護老人ホーム等の利用者 （看取り介護加算等算定利用者を除く）	25,000円
特別養護老人ホーム等の利用者 （看取り介護加算等算定利用者に限る）	10,000円

(3) 精神科訪問看護の場合

*精神科を標榜する医療機関の医師からの精神訪問看護指示書が交付されている方のみとなります。

			(I)	(III) 同一建物	
			患者宅個別	同一日2人	同一日3人以上
精神科訪問看護基本療養費 (I)	週3日まで	30分未満	4,250円	4,250円	2,130円
		30分以上	5,550円	5,550円	2,780円
	週4日以降	30分未満	5,100円	5,100円	2,550円
		30分以上	6,550円	6,550円	3,280円
准看護師による場合	週3日まで	30分未満	3,870円	3,870円	1,940円
		30分以上	5,050円	5,050円	2,530円
	週4日以降	30分未満	4,720円	4,720円	2,360円
		30分以上	6,050円	6,050円	3,030円

精神科訪問看護基本療養費 (III) （施設複数同時訪問）	5人限度とし、8人まで1人につき 1,600円
----------------------------------	----------------------------

精神科訪問看護基本療養費 (IV) （外泊中の訪問）	入院中につき 8,500円
-------------------------------	------------------

(4) 全額自己負担（自費利用）の金額

保険適用外の場合（30分）	4,250円
特定施設入居者生活介護 認知症対応型共同生活介護のご利用の場合（30分）	3,820円

(5) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(6) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等は利用者の負担となります。

(7) キャンセル料

キャンセル料はかかりませんが、できるだけ前日までに中止・変更についてご連絡ください。

(8) 利用料等のお支払い方法

毎月10日までに前月分の請求をいたしますので、当月20日までにお支払いください。

お支払い方法は、現金集金、口座自動引落の2通りの中から選択できます。口座自動引落の方は別途手続きが必要となります。

5. 運営方針

(ア) 利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとする。

(イ) 自らその提供する訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図る。

(ウ) 主治医との密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。

(エ) 懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上の必要な事項について、解しやすいように指導または説明を行う。

(オ) 医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって行う。

(カ) 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。

6. 秘密の保持について

(1) 当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務で知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。

(2) 事業者では医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要のある場合に限り、あらかじめ文章による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

7. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	須田 温子
	ご利用時間	8:30～17:30
	電話 ()	0853-31-9988

- (1) 苦情があった場合には、誠意をもって迅速かつ適切に対処します。
- (2) 苦情内容等については、マニュアルを作成し、同じ過ちを繰り返さないように努めます。
- (3) その他、以下の各所でも申し出をお受けします。

苦情申し出先	電話番号
出雲市役所高齢者福祉課	0853 - 21 - 2211
国民健康保険団体連合会 (苦情相談窓口)	0852 - 21 - 2811

8. 事故発生時の対応方法

- (1) 当該事業所は、利用者に対する指定居宅サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者のご家族、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当該事業所は、利用者に対する指定居宅サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。
- (4) 当該事業所は、事故が発生した際には、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに主治医、救急隊、緊急時連絡先 (ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名	
	所在地	
	氏名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名	
	続柄	
	住所	
	電話番号	

10. サービス利用に際してのお願い

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、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者（乙） 住所 島根県出雲市浜町 1141-1

事業者名 株式会社ナカヤ

事業所名 ナカヤ寿楽訪問看護ステーション

代表者 中島 浩司 印

説明者 職名 管理者

氏名 須田 温子 印

私は、サービス内容説明及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービス内容及び重要事項説明書の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者（甲） 住所

氏名

代理人（選任した場合） 住所

氏名