

訪問看護重要事項説明書

(令和 6 年 7 月 1 日現在)

1 訪問看護ステーションSUMUTOCODE 概要

(1) 提供できるサービスの地域

事業者名称	株式会社UNITEON
所在地	〒861-3811 熊本県上益城郡山都町大平 2 7 8 番地 1
介護保険指定番号	4362890255
法人種別	株式会社
代表者	高木 大輔
電話番号	0 9 6 7 - 7 2 - 9 5 2 5
サービスを提供する地域	山都町、五ヶ瀬町

(2) 職員体制と職務内容

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理	看護師	1名		従事者の管理及び業務の一元的な管理	1名
訪問看護	看護師	2名	1名	訪問看護サービスの提供	3名
訪問看護	准看護師	1名	0名	訪問看護サービスの提供	1名
訪問看護 (リハビリ)	作業療法士	0名	0名	訪問看護サービスの提供	0名
訪問看護 (リハビリ)	理学療法士	0名	2名	訪問リハビリサービスの提供	2名
訪問看護 (リハビリ)	言語聴覚療法士	0名	0名	訪問リハビリサービスの提供	0名
事務		1名	1名	事務所の必要な事務処理	2名

2 事業の目的と運営方針

(1) 事業の目的

訪問看護ステーションSUMUTOCODEは、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供を確保することを目的とする。

(2) 運営方針

当事業は、利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営む事が出来る様に配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。

3 事業所窓口の営業日及び営業時間

(1) 営業日・時間

営業日	月・火・水・木・金・土
休日	土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）

(2) サービス提供時間

サービス提供時間	9：00～17：00
サービス提供時間	営業日・営業時間帯に関わらず、24 時間体制を取っておりますので、緊急時などは時間外でも対応いたします。ただし、時間外の場合には利用料が異なります。 （利用料金は別紙の料金表を参照して下さい。）

※時間帯については、下記を参照してください。

- ・早朝・・・午前6時～午前8時
- ・夜間・・・午後6時～午後10時
- ・深夜・・・午後10時～午前6時

4 サービス提供内容

①看護介護行為（利用者に対して）

- ・バイタルチェック（血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定）
- ・身体の保清（清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など）
- ・療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導など）

②医療的処置行為

- ・創傷及び褥瘡処置
- ・人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・経鼻チューブ・胃瘻チューブ管理ケア
- ・尿道留置カテーテル・自己導尿管理ケア
- ・在宅酸素療法管理ケア
- ・在宅人工呼吸器管理ケア
- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・排泄管理ケア（浣腸・摘便）

③リハビリ援助行為

- ・拘縮予防
- ・認知予防指導（趣味の活用・遊ビリテーションなど）

④介護者 に対して

- ・介護の方法指導・介護福祉など社会資源の紹介
- ・褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導（介助の工夫・方法など）
- ・室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する対応方法など
- ・介護者の健康相談・助言

5 利用料金

- (1)利用料として、介護保険法第41条に規定する居宅介護サービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払いを利用者から受けるものとします。
- (2)利用者は訪問看護ステーションに規定料金表(別紙)に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料及び、サービスを提供するうえで別途必要になった費用を支払うものとします。
- (3)交通費、及びキャンセル料については、規定料金表(別紙)に定めたとおりの費用を支払うものとします。

6 利用料、利用者負担額(介護保険を適用する場合)その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の請求方法等	ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月20日までに利用者宛にお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額 (介護保険を適用する場合) その他の費用の支払い方法等	ア 請求月の27日までにお支払い下さい。 (ア)事業者指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から30日以上遅延した場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

医師、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からサービス利用のご相談、ご依頼があった場合、サービス開始前に当事業所職員が、ご自宅へお伺いいたします。契約締結後、医師の指示及び居宅サービス計画書に基づき訪問看護計画書を作成し、サービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望される場合は、いつでもお申し出ください。

③ 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヵ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了

(以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)

- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者様の要介護認定区分が、[自立]と認定された場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所より文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。
- ・ 気象庁による警報発令時、または大雨、強風、積雪等の悪天候、自然災害などによりサービスの実施が著しく危険であると事業所が判断したときには、事業者からの申し出により、曜日の変更及び時間変更をお願いする場合があります。

8 緊急事態の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡いたします。

主治医	医療機関	
	主治医名	
	電話	
ご家族	氏名	
	電話番号	

9 事故発生時の対応方法について

- ・利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市区町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・訪問看護のサービス提供に伴い事業者は損害賠償補償制度に加入します。

10 サービスの内容に関する苦情

訪問看護ステーションの訪問看護に関するご相談・苦情を承ります。

【事業者の窓口】	訪問看護ステーションSUMUTOCODE 所在地：熊本県上益城郡山都町城平340番地1 電話番号：0967-72-9525 担当：管理者 高木 理恵
【市町村（保険者）の窓口】	山都町福祉課 所在地：熊本県上益城郡山都町浜町6番地 電話番号：0967-72-1677
【公的団体の窓口】	熊本県国民健康保険団体連合会 所在地：熊本県熊本市東区健軍1丁目18 電話番号：096-214-1101

訪問看護の提供開始にあたり、利用者（但し利用者が判断能力に障害がみられる場合においては、家族・成年後見人との契約となる）に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

名称 訪問看護ステーションSUMUTOCODE
事業者 所在地 熊本県上益城郡山都町城平340-1
説明者 氏 名 高木 理恵

【訪問看護ステーション SUMUTOCODE 利用料金表】

介護保険による訪問看護

サービス提供開始時刻が早朝・夜間の場合は、1回につき所定単位数の 25%、深夜の場合は 50%に相当する単位が加算されます。

サービス 提供時間数		基本単位	利用者負担		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
		20 分未満			
昼間	看護師	314	314 円	628 円	942 円
	准看護師	282	282 円	564 円	846 円
	理学療法士	294	294 円	588 円	882 円
早朝/夜間	看護師	391	392 円	783 円	1,174 円
	准看護師	353	353 円	705 円	1,058 円
	理学療法士	368	368 円	735 円	1103 円
深夜	看護師	470	470 円	939 円	1,409 円
	准看護師	423	423 円	846 円	1,269 円
	理学療法士	441	441 円	882 円	1323 円
		30 分未満			
昼間	看護師	471	471 円	942 円	1413 円
	准看護師	423	423 円	846 円	1,269 円
早朝/夜間	看護師	588	588 円	1,175 円	1,763 円
	准看護師	529	529 円	1,058 円	1,587 円

深夜	看護師	705	705 円	1,410 円	2,115 円
	准看護師	635	635 円	1,269 円	1,904 円
		30 分以上 1 時間未満			
昼間	看護師	823	823 円	1646 円	2469 円
	准看護師	739	739 円	1,478 円	2,217 円
早朝/夜間	看護師	1,026	1,027 円	2,053 円	3,079 円
	准看護師	924	924 円	1,848 円	2,772 円
深夜	看護師	1,232	1,232 円	2,463 円	3,695 円
	准看護師	1,109	1,109 円	2,217 円	3,326 円
		1 時間以上 1 時間 30 分未満			
昼間	看護師	1128	1128 円	2256 円	3384 円
	准看護師	1,013	1,013 円	2,026 円	3,039 円
早朝/夜間	看護師	1,406	1,407 円	2,813 円	4,219 円
	准看護師	1,266	1,267 円	2,533 円	3,799 円
深夜	看護師	1,688	1,688 円	3,375 円	5,063 円
	准看護師	1,520	1,520 円	3,039 円	4,559 円

提供時間帯名	早朝	昼間	夜間	深夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午前 8 時から 午後 6 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 午前 6 時まで

(2) 加算料金

以下の要件を満たす場合、(1)介護保険による訪問看護(基本料金)に以下の料金が加算されます。

▼各種加算

項目		基本単位	利用者負担			算定回数等
			1割負担	2割負担	3割負担	
①	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	600	600円	1200円	1800円	1月に1回
	緊急時訪問看護加算(Ⅱ)	574	574円	1148円	1722円	
②	特別管理加算(Ⅰ)	500	500円	1,000円	1,500円	1月に1回
	特別管理加算(Ⅱ)	250	250円	500円	750円	
③	ターミナルケア加算	2500	2500円	5000円	7500円	終末期の訪問
④	訪問看護初回加算(Ⅰ)	350	350円	700円	1050円	初回のみ
	訪問看護初回加算(Ⅱ)	300	300円	600円	900円	
⑤	退院時共同指導加算	600	600円	1,200円	1,800円	1回あたり
⑥	看護・介護職員連携強化加算	250	250円	500円	750円	1月に1回
⑦	複数名訪問加算(Ⅰ) ※30分未満	254	254円	508円	762円	複数の看護師等が同時に実施した場合 30分未満/1回
	複数名訪問加算(Ⅰ) ※30分以上	402	402円	804円	1,206円	複数の看護師等が同時に実施した場合 30分以上/1回
	複数名訪問加算(Ⅱ) ※30分未満	210	210円	420円	630円	看護師等が看護補助者と同時に実施した場合 30分未満/1回

	複数名訪問加算(Ⅱ) ※30分以上		317	317 円	634 円	951 円	看護師等が看護補助 者と同時に実施した 場合 30分未満/1回
⑧	長時間訪問看護加算		300	300 円	600 円	900 円	1回あたり
⑨	看護体制強化加算(Ⅰ)		550	550 円	1,100 円	1,650 円	1月に1回
	看護体制強化加算(Ⅱ)		200	200 円	400 円	600 円	1月に1回
⑩	指定訪問看護ステーション及び、 病院又は診療所を算定 する場合	(一)サービス提供 体制強化加算(Ⅰ)	6	6 円	12 円	18 円	1回につき
		(二)サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)	3	3 円	6 円	9 円	
	定期巡回・ 随時対応型 訪問介護看護事業所と 連携する場合	(一)サービス提供 体制強化加算(Ⅰ)	50	50 円	100 円	150 円	1月あたり
		(二)サービス提供 体制強化加算(Ⅱ)	25	25 円	50 円	75 円	

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問看護についての料金の説明を受け、同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 _____ 印