

訪問看護重要事項説明書

< 2024年 6月 1日現在 >

1、サービスについて相談窓口

電話 0596-65-7757（午前9時から午後5時まで）

2、訪問看護事業所の概要

(1) 事業所の所在地・営業日及び時間等について

事業所名称	田中訪問看護ステーション
介護保険指定事業所番号	三重県指定（指定事業所番号：2460890029）
事業所所在地	三重県伊勢市曾祢一丁目6番1号
サービス提供地域	伊勢市※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 職員の体制

職 種	資 格	人数
管 理 者	看護師	常勤 1名 (倉世古 真琴)
サービス従業者	看護職員（看護師又は准看護師）	常勤換算方法で12名以上

(3) サービス提供日及び時間

日 時	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日に関する法律に定める祝日、振替休日及び国民の休日ならびに12月31日から翌年1月3日までを除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで

3、サービスの内容及び利用料等

(1) 訪問看護の内容

サービス区分	サービス内容
病状観察	血圧・体温測定など
床ずれの予防や処置	
清潔のケア	
チューブや医療器具の管理	
療養上の相談、助言	
リハビリ支援	家庭でのリハビリ訓練

※ サービスは、訪問看護師がご本人、ご家族と話し合いながらかかりつけの医師等と連絡を取り、看護計画を立ててすすめていきます。

※ 24時間緊急時訪問体制をとっておりますので契約された方は、お気軽にお電話ください。時間外連絡先（TEL：070-5375-0444）
営業時間内は、ステーションへご連絡ください。

(2) 連絡先

名 称	田中訪問看護ステーション
住 所	三重県伊勢市曾祢一丁目6番1号
電 話	0596-65-7757

※ 交通事情等により予定の訪問時間を前後する場合があります。
30分以上前後する場合は必ずご連絡します。

(3) 利用料その他の費用の請求及び支払い方法

訪問看護費	保険 単位数	利用者 負担 1 割	利用者 負担 2 割	利用者 負担 3 割
看護師 20 分未満の場合	314 単位	314 円	628 円	942 円
看護師 30 分未満の場合	471 単位	471 円	942 円	1413 円
看護師 30 分以上 1 時間未満の場合	823 単位	823 円	1646 円	2469 円
看護師 1 時間以上 1 時間 30 分未満の場合	1128 単位	1128 円	2256 円	3384 円

訪問看護費（加算・減算）	保険 単位数	利用者 負担 1 割	利用者 負担 2 割	利用者 負担 3 割
同一建物減算	所定単位数×90/100			
准看護師による訪問看護の減算	所定単位数×90/100			
時間外加算（早朝・夜間）	基本料金に 25%加算			
時間外加算（深夜）	基本料金に 50%加算			
初回加算（初回のみ・退院日当日）	350 単位	350 円	700 円	1050 円
初回加算（初回のみ・退院日以外）	300 単位	300 円	600 円	900 円
退院時共同指導加算（1 回当たり）	600 単位	600 円	1200 円	1800 円
長時間訪問看護加算（1 回当たり）	300 単位	300 円	600 円	900 円
緊急時訪問看護加算（1 月に 1 回）	574 単位	574 円	1148 円	1722 円
特別管理加算Ⅰ（1 月に 1 回）	500 単位	500 円	1000 円	1500 円
特別管理加算Ⅱ（1 月に 1 回）	250 単位	250 円	500 円	750 円
サービス提供体制強化加算（1 回当たり）	6 単位	6 円	12 円	18 円
看護体制強化加算Ⅰ（1 月に 1 回）	550 単位	550 円	1100 円	1650 円
看護体制強化加算Ⅱ（1 月に 1 回）	200 単位	200 円	400 円	600 円
ターミナルケア加算（死亡月に 1 回）	2500 単位	2500 円	5000 円	7500 円

※ ご本人の収入等に応じて、1 割、2 割、3 割負担となります。

負担割合については、お持ちの介護保険負担割合証でご確認をお願い致します。

(3) その他の費用について

交通費	利用者の居宅が 2 (1)「サービス提供地域」以外の場合は、交通費の実費を請求します。		
申請代行	3 0 0 円～1 0 0 0 円で利用者と相談の上、決定します。		
サービス提供にあたって利用者居宅で使用する電気、ガス、水道等の費用		利用者の別途負担	

(4) 請求方法・お支払い方法について

請求の方法	1 ヶ月毎に合計額を計算し、ご請求させていただきます。 請求書は、利用月の翌月 10 日に発行いたします。
お支払いの方法	指定日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。 お支払いを確認の上、領収書をお渡しします。 ① 当事業所指定口座への振り込み ② 利用者指定口座からの自動振替 ③ 現金支払い

※ ご契約時に、ご相談させていただきます。

(6) 解約料

利用者の都合により契約を解約した場合、下記の料金を頂きます。

前日までにご連絡のあった場合	料金は一切かかりません。
前日までにご連絡のない場合	1 提供当たり、保険 10 割の料金を請求します。
利用者の急変、急な入院等の場合	料金は一切かかりません。

4、緊急時の対応方法について

サービスの提供中に状態の変化等が合った場合、主治医にご連絡するとともに、予め指定する緊急連絡先、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

5、担当看護師の変更

利用者の都合により担当看護師の変更を希望される場合は、ご相談ください。

利用者のご希望を尊重して調整を行います。但し、当事業所の人員体制等によりご希望に添えない場合もありますことを予めご了承ください。

6、虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 倉世古 真琴
-------------	------------

② 成年後見人制度の利用を支援します。

③ 苦情解決体制を整備しています。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに、これを市町に通報します。

7、秘密保持及び個人情報の保護

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及びその従業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく、第三者に漏らしません。 この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。
個人情報の保護について	事業者及びその従業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において、利用者の個人情報を用いません。利用者の家族の個人情報についても同様です。 また、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物は、善良な管理者の注意を持って管理し、また処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。

8、サービス内容に関する苦情

当事業所の提供している訪問看護サービスに関するご相談・苦情を承ります。

当事業所	平日	訪問看護ステーション（担当：管理者）	0 5 9 6 - 6 5 - 7 7 5 7
	上記以外	伊勢田中病院	0 5 9 6 - 2 5 - 3 1 1 1
行政機関	平日	三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課	0 5 9 - 2 1 3 - 6 5 0 0
		伊勢市役所 介護保険課	0 5 9 6 - 2 1 - 5 5 6 0
		松阪市役所 介護保険課	0 5 9 8 - 5 3 - 4 0 9 1
		鳥羽市役所 健康福祉課 長寿介護係	0 5 9 9 - 2 5 - 1 1 8 6
		志摩市役所 健康福祉部 介護・総合支援課	0 5 9 9 - 4 4 - 0 2 8 4
		玉城町役場 保健福祉課	0 5 9 6 - 5 8 - 8 2 0 3
		明和町役場 健康あゆみ課 介護保険係	0 5 9 6 - 6 3 - 5 4 6 1
		多気町役場 町民環境課 介護保険係	0 5 9 8 - 3 8 - 1 1 1 3
		度会町役場 長寿福祉課 地域福祉係	0 5 9 6 - 6 2 - 1 1 8 6

※ 行政機関へのお問合せは、国保連又は住民登録先となっている市町の担当部署へお願いいたします。

9、緊急時訪問体制について

24時間を通じて、連絡を受けて電話などで対応させていただきます。
必要に応じて緊急時訪問を行う体制を整備しております。

利用者負担	:	緊急時訪問看護加算	1割負担	574円／月
			2割負担	1148円／月
			3割負担	1722円／月
		通常の訪問料／回		

ご希望の有無を確認させていただきます。

緊急時訪問体制を

希望する

希望しない

どちらかに○をしてください。

年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

＜ 代表者 ＞

医療法人 田中病院

院長 田中 民弥

＜ 事業者 ＞

所在地 三重県伊勢市曾祢一丁目6番1号

事業所名 田中訪問看護ステーション

㊞

＜ 説明者 ＞

所属 田中訪問看護ステーション

氏 名 倉世古 真琴

私は、本書面により、事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受け、それに同意し契約します。

＜ 利用者 ＞

住 所

氏 名

㊞

＜ 代筆者 ＞

住 所

氏 名

㊞

＜ 代理人 ＞

住 所

氏 名

㊞