

訪問看護かにえ

重要事項説明書

当訪問看護は介護保険の指定を受けています。

(愛知県指定 第 2315601894 号)

第1版 平成 29 年 11 月 1 日 施行

平成 30 年 4 月 1 日 改訂

平成 30 年 6 月 11 日 改訂

平成 30 年 11 月 1 日 改訂

令和 1 年 5 月 1 日 改訂

令和 1 年 7 月 1 日 改訂

令和 1 年 10 月 1 日 改訂

令和 5 年 7 月 1 日 改訂

令和 6 年 11 月 1 日 改訂

医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院

訪問看護かにかえ 重要事項説明書

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにかえ病院
代表者名	理事長 真野 寿雄
所在地・連絡先	（住所）愛知県海部郡蟹江町西之森長瀬下 6 5 番 1 4 （電話）0567（96）2000 （FAX）0567（96）3701

2 事業所の概要

（1）事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護かにかえ
所在地・連絡先	（住所）愛知県海部郡蟹江町西之森長瀬下 6 5 番 1 4 （電話）0567（96）2000 （FAX）0567（96）3701
事業所番号	2315601894
管理者氏名	長尾 良子

（2）事業所の職員体制

従業者の種類		人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
			常勤(人)	非常勤(人)		
管理者		1	1			訪問看護運営全般
訪問看護職員	保健師					運営規程参照
	看護師	3	2 (管理者 1 人含む)	1	2.8 (管理者 1 人 含む)	運営規程参照
	准看護師					運営規程参照
	理学療法士					運営規程参照
	作業療法士					運営規程参照
事務職員等						運営規程参照

（３） 職員の勤務体制

従業者の種類	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	公休 9 日／月
保健師		公休 9 日／月
看護師	早番（８：００～１７：００） 日勤（８：３０～１７：３０） 遅番（９：００～１８：００） 待機 夜間（１７：３０～翌 8：30） 休日（ 8：30～翌 8：30）	公休 9 日／月
非常勤看護師	週 4 日（８：３０～１７：３０）	
准看護師		公休 9 日／月
理学療法士		公休 9 日／月
作業療法士		公休 9 日／月
事務職員等		公休 9 日／月

（４） 事業の実施地域

事業の実施地域	海部郡蟹江町全域、津島市（常盤町、橘町、古川町、神守町）、愛西市（須依町、柚木町、西保町）、弥富市（十四山、大藤町、間崎町）、あま市（七宝町） 名古屋市港区南陽町、名古屋市中川区（戸田、供米田、春田、富田町）の区域とする
---------	---

※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
月曜日～土曜日	8：30～17：30
営業しない日	日曜日・祝日・12月30日～1月3日 *緊急時は随時対応いたします

3 サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当病院訪問看護の看護師等が定期的に訪問し、必要なケア・処置を行い在宅療養の援助を行います。介護保険制度のほか、医療保険制度で利用できる方もいます。

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 1 ～ 3 割が利用者の負担額となります。お客様の利用負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【料金表】 ※ 1 単位 10.42 円で換算

< 保健師・看護師が訪問看護を行った場合 >

予防訪問看護（要支援）1単位：10.42円			
所要時間	基本料金	夜間・早朝	深夜
30分未満	382単位 3980円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100
30分以上1時間未満	553単位 5762円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100
1時間以上1時間30分未満	814単位 8481円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100
訪問看護（要介護）1単位：10.42円			
所要時間	基本料金	夜間・早朝	深夜
30分未満	399単位 4157円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100
30分以上1時間未満	574単位 5981円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100
1時間以上1時間30分未満	844単位 8794円	所定単位数×125/100	所定単位数×150/100

《その他の加算金額》

お客様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、右記の基本料金が かかります。）	初回加算（初回のみ）	（300単位）	3126円
	緊急時訪問看護加算	（315単位）	3282円
	特別管理加算Ⅰ	（500単位）	5210円
	特別管理加算Ⅱ	（250単位）	2605円
以前からサービスを行っているお客様がご自宅で 亡くなられる前 24時間以内にターミナルケアを行っ た場合			（2500単位） 26050円

- ・上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、お客様の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。
- ・介護の件での給付の範囲を超えたサービス利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。
- ・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給付が行われない場合があります。その場合、お客様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払ください。
利用料のお支払と引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

（2）交通費

実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を超えた地点から自宅までの交通費を徴収する。自動車を使用した場合の交通費は次の額を徴収する。

- ① 実施地域を超えた地点から、片道3キロメートル未満 300円
- ② 実施地域を超えた地点から、片道3キロメートル以上は1キロメートルつき 100円

（3）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、電話等の費用は、お客様の負担となります。

（4）キャンセル料

お客様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、お客様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の2日前までに連絡があった場合	無料
利用日の前日に連絡があった場合	利用者自己負担部分の 50%
利用日の前日までに連絡がなかった場合	利用者自己負担部分の 80%

利用料のお支払方法

毎月、ご利用料金を指定口座より引き落としを致します。

月 28 日(土、日にあたる場合は翌日) 引き落とし確認後、領収書を発行致します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

地域包括ケアシステムに基づいて、地域の在宅療養に貢献し、住民の健康な生活を支えます。

(2) 運営方針

医療法人瑞頌会の訪問看護として、法人の理念・方針に沿って、運営します。

(3) その他

事項	内容
訪問看護計画の作成 および事後評価	看護職員が、お客様の直面している課題等を評価し、主治の医師の指示 及びお客様の希望を踏まえて、訪問看護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面 (サービス報告書)に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従業員研修	年 4 回、安全管理・感染防止対策の研修を行っています。
お客様サービス	年 2 回、地域公開講座を行っています。 (医療法人瑞頌会主催)

6 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 室長 長尾 良子 ご利用時間 8 : 30 ~ 17 : 00 ご利用方法 電話 0567-96-2000 面接 当病院 4 階相談室 苦情箱 尾張温泉かにえ病院受付に設置
その他関係機関	・ 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 電話 (052-971-4165) ・ 蟹江町役場 電話 (0567-95-1111) ・ 弥富市役所 電話 (0567-65-1111) ・ 愛西市役所 電話 (0567-26-8111) ・ あま市役所 電話 (052-444-1001) ・ 津島市役所 電話 (0567-24-1111)

7 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あった場合は、速やかにお客様の主治医、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 及び所在地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	()
	住 所	
	電話番号	

8 お客様へのお願い

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表を提示してください。

当事業者は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護の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	住 所	愛知県海部郡蟹江町大字西之森字長瀬下 65 番 14
	事業者（法人）名	医療法人 瑞頌会 尾張温泉かにえ病院
	事業所名	訪問看護かにえ
	(事業所番号)	2315601894
	代表者名	理事長 真野 寿雄 印
説明者	職 名	管理者 看護師
	氏 名	長尾 良子 印

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

令和 年 月 日

利用者	住所	
	氏名	印

代理人（選任した場合）	住所	
	氏名	印