

医療保険

重要事項説明書(精神)

(すぎうら訪問看護ステーション)

利用者： _____ 様

事業者：医療法人 初音会

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	すぎうら訪問看護ステーション
所在地	愛知県刈谷市東境町兎山 98 番地 1
連絡先	0566-36-6395
管理者名	石川 幸子
サービス種類	訪問看護
介護保険指定番号	2362990059 号
サービス提供地域	刈谷市 知立市 豊明市 みよし市 豊田市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00
土曜日	午前 9 : 00 ~ 午後 12 : 00
定休日	土曜午後、日曜、祝祭日、8 月 13 日~15 日、12 月 30 から 1 月 3 日

(3) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名	0 名	1 名
看護師	4 名	0 名	4 名
准看護師	0 名	0 名	0 名
理学療法士	0 名	2 名	2 名
作業療法士	0 名	1 名	1 名
言語聴覚士	0 名	0 名	0 名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 0566-36-6395

担当部署: すぎうら訪問看護ステーション

担当者: 石川 幸子

受付時間: 午前 9 : 00 ~ 午後 5 : 00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村、国民健康保険団体連合会でも受付けております。

***当事業所以外でのサービスの内容に関する相談・苦情窓口**

***愛知県国民健康保険団体連合会**

苦情相談窓口	愛知県国民健康保険団体連合会介護福祉課内 苦情相談室
電話/FAX	(052) —971—4165 / (052) —962—8870
住所	〒 461-8532 名古屋市東区泉1丁目6番5号 (国保会館南館7階)
相談受付日	月～金曜日 9:00～17:00 (12:00～13:00を除く) *土日祝日及び12月29日～31日並びに1月2日・3日を除く

***その他各地域においての相談・苦情窓口**

地域	苦情相談窓口	電話番号
刈谷市	刈谷市役所 長寿課	0566-62-1013
豊明市	豊明市役所 高齢福祉課	0562-92-1261
みよし市	みよし市役所 高齢福祉課	0561-32-8009
知立市	知立市役所 介護保険係	0566-95-0122
豊田市	豊田市役所 介護保険課	0565-34-6634

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

主治医より訪問看護が必要と判断されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを、24時間体制で提供します。訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4 利用料金

(1)利用料金

項 目		利用料 (10割)	自己負担額の目安				
			1割	2割	3割		
基本療養費	精神科訪問看護基本療養費(I) (1日につき)	週3日目まで30分以上	5,550円 (5,050円)	555円	1,110円	1,665円	
		週3日目まで30分未満	4,250円 (3,870円)	425円	850円	1,275円	
		週4日目以降30分以上	6,550円 (6,050円)	655円	1,310円	1,965円	
		週4日目以降30分未満	5,100円 (4,720円)	510円	1,020円	1,530円	
	精神科訪問看護基本療養費(III) (同一建物居住者) (1日につき)	同一日に2人	週3日目まで30分以上	5,550円 (5,050円)	555円	1,110円	1,665円
			週3日目まで30分未満	4,250円 (3,870円)	425円	850円	1,275円
			週4日目以降30分以上	6,550円 (6,050円)	655円	1,310円	1,965円
			週4日目以降30分未満	5,100円 (4,720円)	510円	1,020円	1,530円
		同一日に3人以上	週3日目まで30分以上	2,780円 (2,530円)	278円	556円	834円
			週3日目まで30分未満	2,130円 (1,940円)	213円	426円	639円
			週4日目以降30分以上	3,280円 (3,030円)	328円	656円	984円
			週4日目以降30分未満	2,550円 (2,360円)	255円	510円	765円
	精神科訪問看護基本療養費(IV) (1日につき)	入院中(外泊時1~2回)	8,500円	850円	1,700円	2,550円	
	機能強化型訪問看護療養費3	月の初日	8,400円	840円	1,680円	2,520円	
2日目以降		2,980円	298円	596円	894円		
訪問看護療養費	月の初日	7,400円	740円	1,480円	2,220円		
	2日目以降	2,980円	298円	596円	894円		
加算	精神科複数回訪問看護加算	1日2回	4,500円	450円	900円	1,350円	
		1日3回以上	8,000円	800円	1,600円	2,400円	
	精神科緊急訪問看護加算 (診療所又は在宅支援病院の指示の下、1日につき)		2,650円	265円	530円	795円	
	複数名訪問看護加算	看護師 OT等	1日1回の場合	4,500円	450円	900円	1,350円
			1日2回の場合	9,000円	900円	1,800円	2,700円
			1日3回の場合	14,500円	1,450円	2,900円	4,350円
		准看護師	1日1回の場合	3,800円	380円	760円	1,140円
			1日2回の場合	7,600円	760円	1,520円	2,280円
			1日3回の場合	12,400円	1,240円	2,480円	3,720円
	看護補助者等(週1日)		3,000円	300円	600円	900円	
	長時間精神科訪問看護加算/90分超え(要件により1~3回/週)	5,200円	520円	1,040円	1,560円		
	24時間対応体制加算(月1回)	6,400円	640円	1,280円	1,920円		
	特別管理加算(月1回)	I	5,000円	500円	1,000円	1,500円	
		II	2,500円	250円	500円	750円	
	退院時共同指導加算(1回、がん末期等は2回/適応時)	8,000円	800円	1,600円	2,400円		
	退院時共同指導特別管理指導加算(特別加算の対象のみ)	2,000円	200円	400円	600円		
	退院時支援指導加算(退院日/適応時)	6,000円	600円	1,200円	1,800円		
	在宅患者連携指導加算(適応月/月1回迄)	3,000円	300円	600円	900円		
	夜間・早朝訪問看護加算(18-22時/6-8時)(1日1回迄)	2,100円	210円	420円	630円		
	深夜訪問看護加算(22-翌6時)(1日1回迄)	4,200円	420円	840円	1,260円		
在宅患者緊急時等カンファレンス加算(適応月/月2回迄)	2,000円	200円	400円	600円			
精神科重症者早期集中支援管理連携加算 (適応時月1回、6月を限度)	6,400円	640円	1,280円	1,920円			
訪問看護情報提供療養費 1,2,3(月1回)	1,500円	150円	300円	450円			
訪問看護ターミナルケア療養費 1(適応時)	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円			
訪問看護ターミナルケア療養費 2(適応時)	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円			

() 准看護師の場合

- ・医療保険給付対象外の訪問看護利用料金は、全額自己負担で利用できます。
- ・日曜日、年末年始(12/30~1/3)の訪問につきましては、
1回の訪問につき3,000円(消費税別途必要)が加算されます。

(2)医療保険給付対象外サービス

物品・材料費等（全額自己負担となります）

（消費税別途必要）

材料名	単位	料金
ウカゴトプラス	1枚につき	280円
カテリープラスロール(10cm×10m)	1巻につき	3,000円 (10cm×10cm 1枚につき 30円)
気管切開患者人工鼻 25個入	1箱につき	10,600円
サフ針 24G	1本につき	100円
サフット未滅菌	1枚につき	30cm×30cm 226円、60cm×60cm 451円
酸素マスク (成人用 大)	1個につき	400円
シューカバー (100枚入)	1箱につき	740円 (1枚につき 74円)
酒精綿 (アルウェット) 100包入	1箱につき	141円
ステラーゼ滅菌済 (7.5cm×7.5cm)	1箱につき	1,096円 (1枚につき 25円)
3M 不織布テープ 25mm幅	1巻につき	200円
ソフポア (5cm×10m)	1巻につき	1,000円
ディスポ手袋 (S 又は M)	1箱につき	600円
ディスポーゼIII(7.5cm×10cm)	1包につき	724円
ニチバンサージカルテープ N21、No.25	1巻につき	150円
ニプロ吸引カテテル 40cm50本入全サイズ	1箱につき	1,762円 (1本につき 35円)
ニプロシリンジ DS30mlカテテル 50本入	1箱につき	3,167円
ニプロシリンジカテテル 33cm50本入(オープン又はクロスド)全サイズ	1箱につき	1,400円 (1本につき 30円)
不織布キャップ (棒状) (100枚入)	1袋につき	400円 (1枚につき 40円)
プラスチックガウン (袖付) (15枚入)	1箱につき	650円 (1枚につき 45円)
包帯(エルコト S 7.5cm×9m)	1巻につき	150円
滅菌ガーゼ (7.5cm×7.5cm)	1枚につき	30円
滅菌 Y カットガーゼ(5cm×5cm)	1箱につき	700円 (1枚につき 15円)
滅菌 Y カットガーゼ (7.5cm×7.5cm)	1箱につき	1,200円 (1枚につき 25円)
メッシュポア	1巻につき	1,500円
リント布 L (35cm×3m)	1枚につき	850円

(3) 吸引器レンタル費

(消費税別途必要)

期間	料金
レンタル開始より 14日	無料
15日目より (1か月毎)	3,000円

※カテテル代は、レンタル開始時より自費となります。

※返却より 1 か月が経過する前に再度レンタルをする場合は、前回のレンタルから継続とします。ただし、緊急時は例外とします。

(4) その他の保険外サービス (消費税別途必要)

サービス内容	時間	料金
死亡時の処置		10,000 円
外出・診察付添い・リハビリ等	30 分以内の場合	3,000 円
	31～60 分の場合	5,000 円
	61～90 分の場合	8,000 円
	91～120 分の場合	10,000 円

※当ステーションのご利用者様に限ります。

※当職員による運転は行わない旨ご了承ください。

※同行時間は最大 2 時間までとします。

(5) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

(消費税別途必要)

交通費	片道 10Km以上につき	500 円
-----	--------------	-------

(6) キャンセル料金

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合でも、キャンセル料金は発生いたしません。前もってキャンセルをされる場合は、前日営業日の 17 時までに事務所 (TEL0566-36-6395) へご連絡ください。

(7) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 15 日までにお伝えいたしますので、同月 27 日までにお支払ください。

当ステーションでは、口座振替によるお支払いをお願いしています。指定の用紙にてお申込みが必要です。

5 サービスのご利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。
まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様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する日の1週間前までに、事業所までお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ ご利用者様が介護保険施設等に入所した場合や、亡くなられた場合等

④ 契約解除

- ・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・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更する場合があります。
- ・訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止変更する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様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は、速やかに事業所に申告してください。
- ・暴風警報や風雪警報など天候がきわめて不良の場合は、ご連絡したうえで、訪問を見合わせまたは振替える場合があります。

6 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族 (第1連絡先)	フリガナ 氏名	(続柄:)
	ご連絡先	ご住所 (-)
		ご自宅電話番号: 携帯電話など:
ご家族 (第2連絡先)	フリガナ 氏名	(続柄:)
	ご連絡先	ご住所 (-)
		ご自宅電話番号: 携帯電話など:
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

★24 時間対応体制加算 (1 月につき 6,400 円) (例) 1 割負担の方は 640 円

→緊急時訪問看護を必要に応じて受ける事ができる。ただし、訪問させて頂いた場合の訪問時間に関わる費用は別途かかります。

※どちらかに○をお願い致します。

同意する ・ 同意しない

【事業者】

住 所： 刈谷市東境町兎山 9 8 番地 1
社 名： 医療法人 初音会
代 表 者： 理事長 杉浦 尚敬 ㊞

【事業所】

住 所： 刈谷市東境町兎山 9 8 番地 1
事業所名： すぎうら訪問看護ステーション
(指定番号 2362990059)

担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、
了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

【代理人】住 所 _____

氏 名 _____ ㊞ (続柄)

署名代行理由：