

あぶくま訪問看護ステーション

重要事項説明書 (令和6年4月1日現在)

1、目的

介護保険法令及び健康保険法令の趣旨にしたがって、利用者が可能な限りその居宅において有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう療養生活を支援し、心身の機能の維持回復めざし訪問看護を提供します。

2、事業所について

名称	あぶくま訪問看護ステーション		
指定番号	福島県知事指定	第 0762090033 号	
住所	福島県伊達市保原町上保原字大地内 39 番地 4		
電話	024—575—0001	F A X	024—575—0003
営業日	月曜日～土曜日 休日：日・祝祭日 年末年始（12月31日～1月3日） *身体状態に応じて訪問応相談		
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで （但し土曜日は午後 12 時 30 分まで） 24 時間緊急連絡体制		
訪問内容	1. 健康状態の観察 2. 主治医の指示による医療処置・管理 3. リハビリテーション 4. 看取りの支援 5. 日常生活の支援		
事業地域	福島市・伊達市・伊達郡の地域		

3、職員体制など

職種	職務内容	資格	常勤	非常勤	合計
管理者	職務管理・人事管理	看護師	1名(兼務)	0名	1名
訪問看護職員	訪問看護	保健師	1名	0名	1名
訪問看護職員	訪問看護	看護師	5名	6名	11名
訪問看護職員	訪問看護	准看護師	2名	0名	2名
理学療法職員	訪問看護(リハビリ)	理学療法士	5名	0名	5名
言語聴覚療法員	訪問看護(リハビリ)	言語聴覚士	0名	1名	1名

※作業療法士・理学療法士・言語聴覚士は、看護師に代わりリハビリテーション中心の看護業務を行ないます。

4、利用料

1 利用料は、指定居宅サービス等の基準で定める利用料、指定訪問看護の基準及び施行規則で定める基本利用料及びその他を利用料とし、ご利用者様からいただきます。ただし、法令改定により基本利用料は変更になります。また、法令等により利用料の全部又は一部が公費負担となる場合は、利用料から当該公費負担分を除いた金額と致します。

2 介護保険適応の場合、介護保険料の滞納などにより、保険給付金が直接事業所に支払われない場合は、1ヶ月につきサービス内容に応じた基本料金の金額をいただき、当事業者よりサービス提供証明書を発行します。このサービス提供証明書を後日市町村の窓口に出しますと、基本料金の9割又は8割の払い戻しが受けられます。

***各基本料金別紙参照**

3 事業者は、当月料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月上旬頃までにご利用者様に請求します。当月の料金の合計額を翌月21日に口座引き落としでお支払ください。ただし、状況により現金でのお支払いも可能です。ご利用者様から料金の支払いを受けたときは、ご利用者様に対し領収書を発行します。

4 訪問看護指示書料について

1通3,000円です。料金は介護保険、または医療保険の利用負担分となり指示を頂いた医療機関へのお支払いとなります。

5、秘密の保持

職員は業務上知りえたご利用者様又はそのご家族様の情報を保持します。また、職員でなくなった後においても、これらの情報をもちません。

***個人情報保護に関しては別紙参照**

6、緊急時の対応

訪問中、または訪問依頼時の連絡に於て容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、主治医と連絡を取り早期対応を行なうとともにご家族様、介護支援専門員等に連絡いたします。24時間対応体制加算加入の方は定期訪問時以外の緊急時の対応を行なっています。

7、事故発生時の対応

ご利用者様に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合には、速やかに主治医、市町村、担当居宅介護支援事業所、ご利用者ご家族様等の関係機関に連絡するとともに必要な処置を講じます。又、これにより賠償の責任が発生したときは損害賠償を行います。

8、相談・苦情の対応

ご利用者家族様からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、迅速に対応します。

9、相談・苦情窓口

あぶくま訪問看護ステーション

TEL 024-575-0001

FAX 024-575-0003

携帯 090-1493-4067

管理者 馬場 真知子

令和 年 月 日

* 訪問看護の提供開始にあたりご利用者様に対して重要事項の説明
をしました。

説明者 _____ 印

* 事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受けました。

利用者 _____ 印

ご家族 _____ 印

基本料金表

(令和3年4月1日～)

		介護保険				保険外サービス	
利 用 料 金		介護	ご利用者負担			個人契約となります	
			(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)		
	看護師	20分未満	3,130円/回	313円	626円		939円
		30分未満	4,700円/回	470円	940円		1,410円
		30分以上1時間未満 1時間半未満まで	8,210円/回	821円	1,642円		2,463円
			11,250円/回	1,125円	2,250円		3,375円
	作業療法士 理学療法士 言語聴覚士	20分(1回)	2,930円/回	293円	586円		879円
		40分(2回)	5,860円/回	586円	1,172円		1,758円
		60分(3回)	7,920円/回	792円	1,584円		2,376円
	定期巡回型	(要介護1～4)	29,540円/月	2,954円	5,908円		8,862円
		(要介護5)	37,540円/月	3,754円	7,508円		11,262円
	緊急時訪問看護体制加算 (限度額外、訪問時所要時間分加算あり)		5,740円/月	574円	1,148円		1,722円
	特別管理加算 (限度額外)	(床ずれあり・在宅酸素を受けている方)	2,500円/月	250円	500円		750円
		(カテーテル類装着・点滴をしている方)	5,000円/月	500円	1,000円		1,500円
長時間訪問看護加算(1.5時間)		3,000円/回	300円	600円	900円		
複数名訪問加算	30分未満	2,540円/回	254円	508円	762円		
	30分以上	4,020円/回	402円	804円	1,206円		
ターミナル加算(限度額外)		20,000円/回	2,000円	4,000円	6,000円		
退院時共同加算		6,000円	600円	1,200円	1,800円		
初回加算		3,000円	300円	600円	900円		
看護体制強化加算		5,500円/月	550円	1,100円	1,650円		
*准看護師の訪問の場合、看護師金額の90%							
*作業療法士・理学療法士・言語聴覚士の訪問は、1週間に6回まで							
*夜間・早朝1.25倍、深夜1.5倍							
*死後の処置料(保険外)		10,000円					
交通費	不要 ただし、事業地域を越えて行う訪問看護に要した交通費は、事業地域の境界から片道1kmにつき50円で計算した金額をいただきます。					実費相当額	

基本料金表

(令和3年4月1日～)

		予防介護支援				保険外サービス
利 用 料 金			予防	ご利用者負担		
				(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)
	看 護 師	20分未満	3,020円/回	302円	604円	903円
		30分未満	4,500円/回	450円	900円	1,347円
		30分以上1時間未満	7,920円/回	792円	1,584円	2,370円
		1時間半未満まで	10,870円/回	1,087円	2,174円	3,252円
	作業療法士	20分(1回)	2,830円/回	283円	566円	849円
	理学療法士	40分(2回)	5,660円/回	566円	1,132円	1,698円
	言語聴覚士	60分(3回)	4,260円/回	426円	852円	1,278円
	緊急時訪問看護体制加算 (限度額外、訪問時所要時間分加算あり)		5,740円/月	574円	1,148円	1,722円
特別管理加算 (限度額外)	(床ずれあり・在宅酸素を受けている方)	2,500円/月	250円	500円	750円	
	(カテーテル類装着・点滴をしている方)	5,000円/月	500円	1,000円	1,500円	
長時間訪問看護加算 (1.5時間)		3,000円/回	300円	600円	900円	
複数名訪問加算	30分未満	2,540円/回	254円	508円	762円	
	30分以上	4,020円/回	402円	804円	1,206円	
ターミナル加算 (限度額外)		20,000円/回	2,000円	4,000円	6,000円	
退院時共同加算		6,000円	600円	1,200円	1,800円	
初回加算		3,000円	300円	600円	900円	
看護体制強化加算		1,000円/月	100円	200円	300円	
* 准看護師の訪問の場合、看護師金額の90%						
* 作業療法士・理学療法士・言語聴覚士の訪問は、1週間に6回まで						
* 夜間・早朝 1.25倍、深夜 1.5倍						
* 死後の処置料 (保険外)		10,000円				
交 通 費	不要 ただし、事業地域を越えて行う訪問看護に要した交通費は、事業地域の境界から片道1kmにつき50円で計算した金額をいただきます。					実費相当額

個人契約となります

基本料金表

(令和4年10月1日～)

	医療保険	ご利用者負担			保険外サービス	
		(1割負担)	(2割負担)	(3割負担)		
利 用 料 金	*看護師、作業・理学療法士・言語聴覚士				個人契約となります	
	1日目	18,380円	1,838円	3,676円		5,514円
	3日目まで	8,550円	855円	1,710円		2,565円
	4日目以降	9,550円	955円	1,910円		2,865円
	・複数回訪問加算	4,500円	450円	900円		1,350円
	・緊急訪問看護加算(1日1回)	2,650円	265円	530円		795円
	・早朝(6～8時)夜間(18～22時)	2,100円	210円	420円		630円
	・深夜加算(22時～6時)	4,200円	420円	840円		1,260円
	・乳幼児加算	1,500円	150円	300円		450円
	*24時間対応体制加算	6,400円	640円	1,280円		1,920円
	*特別管理加算	2,500円	250円	500円		750円
	*特別管理加算(重症度高い)	5,000円	500円	1,000円		1,500円
	*外泊時訪問	8,500円	850円	1,700円		2,550円
	*退院時共同加算	8,000円	800円	1,600円		2,400円
	*特別管理指導加算	2,000円	200円	400円		600円
*退院時支援指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円		
*ターミナル療養費	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円		
		*ご利用者様ご負担 健康保険⇒該当保険の負担割合分 後期高齢者保険⇒1割及び3割 (一定以上の所得)				
上記以外の加算料金はご利用者様全額負担となります。 休祝祭日料金 *休祝祭日 1,500円 *死後の処置料 10,000円						
交通費	片道1kmにつき50円			実費相当額		