訪問看護重要事項説明書

(介護保険)

みづき訪問看護・リハステーション

事業所番号 2862290281

訪問看護サービス重要事項説明書

利用者 _____様（以下「甲」という）の訪問看護サービスの提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条に基づいて、株式会社 KIRA「みづき訪問看護リハステーション」（以下「乙」という）が甲に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

名称・法人の種別： 株式会社 KIRA
代表者名： 吉良 竜介
所在地・連絡先： 兵庫県加古川市加古川町美乃利162-1アールサンビル2F
電話： 079-497-5230

《介護保険法等に基づき兵庫県知事より指定を受けているサービスの種類》

訪問看護・介護予防訪問看護： 訪問看護（医療保険）

2. 事業所の概要

事業所の名称	みづき訪問看護・リハステーション
所在地	兵庫県加古川市野口町古大内67-1
電話 FAX	079-497-5230 079-423-1655
事業所番号	2862290281
管理者氏名	木多 恵子
事業の実施地域	神戸市西区 加古川市 高砂市 加古郡稲美町・播磨町 明石市 姫路市
営業日	月曜日～金曜日 祝日 8:30～17:30
営業しない日	土・日曜日 年末年始（12/29～1/3） ※上記、営業しない日においても心身の状態により、ご希望があれば当番にて対応させていただきます。

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的： 在宅療養を希望する方の訪問看護

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訪問看護師が定期的に訪問し必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。また、必要に応じて作業療法士・理学療法士が訪問しリハビリを行います。

4. 事業所の職員体制

事業所の従業者数、勤務体制及び業者の職種

従業者の職種	人数 (人)	区分(人)	常勤換算後の人数	職務内容
管理者	1	常勤管理者兼務1	0.1	訪問看護 管理者兼務
	1	常勤看護師兼務1	0.4	
看護師	4	常勤3 非常勤1	4.0	訪問看護
准看護師	1	常勤1	0.75	訪問看護
理学療法士	3	常勤3	3.0	訪問リハビリ
作業療法士	3	常勤3	3.0	訪問リハビリ

5. 基本利用料（1単位：10.21円） ※小数点以下は繰り上げ

訪問看護費	介護保険 (要介護1～5)		サービス内容 略称	単位数	金額	利用者 負担額 (1割)	利用者 負担額 (2割)	利用者 負担額 (3割)
	20分未満		訪問介護 I 1	314	3,206円	321円	641円	962円
	30分未満		訪問介護 I 2	471	4,809円	481円	962円	1,443円
	30分以上60分未満		訪問介護 I 3	823	8,403円	840円	1,681円	2,521円
	60分以上1時間30分未満		訪問介護 I 4	1,128	11,517円	1,152円	2,303円	3,455円
	作業療法士 理学療法士 言語療法士	A 1回あたり20分 ※1	訪問介護 I 5	294	3,002円	300円	600円	901円
		B 1回あたり40分 (A×2回)	訪問介護 I 5×2	558	5,697円	570円	1,139円	1,709円
		C 1回あたり60分 (A×3回)	訪問介護 I 5・2超×3 ※2	795	8,117円	812円	1,623円	2,435円
<p>※1 1日に3回以上訪問看護 I 5を行う場合 (C)、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。</p> <p>※2 訪問看護 I 5・2超の単位数は 256 単位となります。</p> <p>※3 早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増。深夜（午後10時～午前6時）は50%増。但し、緊急訪問の場合は、月の2回目以降加算される。</p>								

訪問看護費	介護予防 (要支援1・2)		サービス内容 略称	単位数	金額	利用者 負担額 (1割)	利用者 負担額 (2割)	利用者 負担額 (3割)
	20分未満		訪問介護 1	303	3,093円	309円	619円	928円
	30分未満		訪問介護 2	451	4,605円	461円	921円	1,382円
	30分以上60分未満		訪問介護 3	794	8,107円	811円	1,621円	2,432円
	60分以上1時間30分未満		訪問介護 4	1,090	11,129円	1,113円	2,226円	3,339円
	作業療法士 理学療法士 言語療法士	A 1回あたり20分 ※1	訪問介護 5	284 ※3	2,900円	290円	580円	870円
		B 1回あたり40分 (A×2回)	訪問介護 I 5×2	568	5,799円	580円	1,160円	1,740円
	<p>※1 1日に3回以上予防訪問看護 I 5を行う場合 (C)、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定する。</p> <p>※2 早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増。深夜（午後10時～午前6時）は50%増。但し、緊急訪問の場合は、月の2回目以降加算される。</p> <p>※3 13か月目以降のリハビリ訪問は、15単位が減算される。</p>							

加 算	緊急時訪問看護加算（1回）		緊急時訪問看護 加算（Ⅰ）	600	6,126 円	613 円	1,226 円
	特別管理加算（月1回）		特別管理加算 （Ⅰ）	500	5,105 円	511 円	1,021 円
			特別管理加算 （Ⅱ）	250	2,553 円	256 円	511 円
	ターミナルケア加算(月1回) ※4介護保険のみ		ターミナルケア 加算	2,500	25,525 円	2,553 円	5,105 円
	長時間訪問看護加算		長時間訪問看護 加算	300	3,063 円	307 円	613 円
	複数名訪問加算（Ⅰ）	30分 未満	複数名訪問加算	254	2,594 円	260 円	519 円
		30分 以上		402	4,105 円	411 円	821 円
	複数名訪問加算（Ⅱ）	30分 未満	複数名訪問加算	201	2,053 円	206 円	411 円
		30分 以上		317	3,237 円	324 円	648 円
	退院時共同指導加算		退院時共同指導 加算	600	6,126 円	613 円	1,226 円
初回加算		初回加算（Ⅰ）	350	3,574 円	358 円	715 円	
		初回加算（Ⅱ）	300	3,063 円	307 円	613 円	

その他

訪問看護指示書料 300 点

特別訪問看護指示書料 100 点

* 訪問看護指示書料及び特別訪問看護指示書料は指示書を交付して下さる医療機関へのお支払いとなります。

・死後の処置料：20,000円

◎通常のサービス提供を超える費用（利用者負担10割）

項目	金額	説明
介護保険外サービス	介護報酬の告示上の額と同額とします。	区分支給限度額を超えてサービスを利用したい場合など介護保険枠外のサービス料金です。

6. 苦情申立窓口・各種相談・問い合わせ窓口

【訪問看護ステーション】

電話：079-497-5230

担当者：木多 恵子

【兵庫県国民健康保険団体連合会（介護サービス苦情相談窓口）】

住所：兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号
センタープラザ 16階

電話番号：078-332-5617

【東播磨県民局加古川総合庁舎】

住所：加古川市加古川町寺家町天神木 97-1

電話番号：079-421-1101（代表）

【高砂市役所 高年介護課】

住所：高砂市荒井町千鳥1丁目1番1号

電話番号：079-443-9026

【三木市役所 介護保険課】

住所：三木市上の丸町 10-30

電話番号：079-482-2000

【加古川市役所 介護保険課】

住所：加古川市加古川町北在家 2000

電話番号：079-424-1322

【稲美町役場 健康福祉課 介護保険係】

住所：加古郡稲美町国岡 1-1

電話番号：079-492-9139

【稲美町役場 健康福祉課 地域包括支援センター】

住所：加古郡稲美町国岡 1-1

電話番号：079-492-9150

【播磨町役場 保険年金グループ】

住所：加古郡播磨町東本荘 1-5-30

電話番号：079-435-2582

【姫路市役所 介護保険課】

住所：姫路市安田 4丁目1番地 本庁舎 2階

電話番号：079-221-2923

7. 緊急時・事故発生時の対応方法

- (1) 乙が甲に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町、甲の家族、甲にかかわる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、速やかに必要な処置を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (2) 事故の状況および事故に際してとった処置について記録し、その記録は5年間適切に保存します。また、事故の原因を解明し、再発防止のための対策を速やかに講じます。

当事業者は、甲1に対する居宅サービスの提供開始にあたり、甲1又は甲2に対してサービス内容の説明書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(乙) 所在地：兵庫県加古川市加古川町美乃利162-1 アールサンビル2F

名称：株式会社 K I R A 代表取締役 吉良 竜介

みづき訪問看護・リハステーション

説明者： _____

甲 私は、本書面においてサービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

(甲1) 利用者

住所： _____

氏名： _____

(甲2) 利用者の後見人又は家族

住所： _____

氏名： _____