

指定訪問看護重要事項説明書

【令和6年 5月 31日 改定】

1 訪問看護事業者（法人）の概要

事業所名	株式会社 ReAND
代表者名	大川 奈緒美
所在地	福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
電話番号	0946-23-9960
F A X 番号	0946-23-9961
事業所番号	4062490083

2 事業所の概要

(1) 事業所名称および事業所番号

事業所名	訪問看護ステーション リアンド甘木
管理者	只野 多美
所在地	福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
電話番号	0946-23-9960
F A X 番号	0946-23-9961
サービスを提供できる地域※1	朝倉市、筑前町、うきは市、大刀洗町、久留米市、筑紫野市、小郡市 ※2 実施除外地域あり

※1 上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

※2 朝倉市（旧高木村、旧上秋月村、旧秋月村、旧松末村、旧杷木町、旧朝倉町、旧小石原村、東峰村）、筑前町（三箇山）、久留米市（旧水縄村）、うきは市（旧姫治村、旧浮羽村）、筑紫野市（平等寺、上西山、本道寺、柚須原、香園）

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資 格	常勤	非常勤	兼務の別	合計	業務内容
管理者	看護師	1名		なし	1名	看護従業者及び業務の管理
看護職員	看護師	1名以上	1名	なし	2名以上	訪問看護の業務にあたる
	准看護師	2名以上	0名以上	なし	2名以上	
合計		3名以上	1名以上	—	5名以上	—
勤務時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0					

(3) サービスの提供時間

	通常時間帯 8:30～17:30	早 朝 6:00～8:30	夜 間 18:00～22:00	深 夜 22:00～6:00
平日	○	○	○	○
土曜・日曜・祝日	○	○	○	○

3 当事業所の訪問看護の特徴等

(1) 運営の方針

お客様の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を目的に療養上の目標を設定し、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって計画的に訪問看護を行います。

また、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

(2) サービス利用のために

事 項	備 考
看護師等の変更	変更を希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	月1回 実務者研修を実施しています

4 サービスの内容

- ① 健康状態の観察と助言
- ② 心の健康のアドバイス（趣味・生きがい・隣人とのつながりなど）
- ③ 日常生活の看護（清潔・食生活・排泄・のケア、療養環境の整備、寝たきり予防）
- ④ 在宅リハビリテーションの援助（体位交換・関節などの運動や動かし方の指導・福祉用具の利用の相談）
- ⑤ 精神・心理的な看護（生活リズムの調節・服薬管理、指導）
- ⑥ 認知症の看護（認知症に対する看護・介護相談・コミュニケーションの援助）
- ⑦ 介護者の相談（介護疲れサポート）
- ⑧ 様々な在宅ケアサービス（社会資源）の使い方相談
- ⑨ 終末期の看護（痛みのコントロール・看取りの体制への相談・アドバイス）
- ⑩ その他医師の指示による医療処置

5 利用料金

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

ア 【利用料－基本料金・昼間－】 (1回につきの料金)

	20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上1時間30分未満
看護職員(准看護婦を除く)が行う訪問看護	314円	471円	823円	1128円
准看護婦が行う訪問看護	上記の料金のそれぞれ90/100の料金になります			

※1 基本料金に対してサービスの提供開始時間が早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯のときは25%増し、深夜(午後10時～午前6時)帯は50%増しとなります。

※2 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様のケアプランに定められた時間を基準とします。

※3 **初回加算Ⅱ 月に1回300円(1割の場合)、初回加算Ⅰについては料金表参照**
新規に訪問看護計画を作成した利用者様に対して訪問看護を提供した場合加算させていただきます。

退院時共同指導加算 1回600円(1割の場合)

医療機関からの退院後に訪問看護が提供できるように入院中に看護師が医療機関と共同して在宅で療養上の必要な指導を行った場合など算定要件を満たした場合、加算させていただきます

イ 付加サービス

特別管理加算及び緊急時訪問看護加算については介護保険の給付の範囲外の算定となります。

緊急時訪問看護加算	・600円/1月につき
特別管理加算	・Ⅰ、500円/1月につき ・Ⅱ、250円/1月につき
ターミナルケア加算	・2500円/1回につき
看護体制強化加算	・Ⅰ、550円/1月につき ・Ⅱ、200円/1月につき
サービス提供体制強化加算	・イ、5円/1回につき ・ロ、3円/1回につき
看護介護職員連携強化加算	・250円/1月につき

(2) その他

ア お客様の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。

イ おむつ類、ガーゼ等必要医療備品等は、全てお客様ご負担とさせていただきます。

ウ 料金の支払方法

毎月月末で締め、翌月の 10 日に請求書を発行致します。お支払い方法は毎月 20 日の口座引落となります。入金確認後、領収書を発行致します。なお、3 ヶ月滞納されますとサービスが利用できなくなる場合もございます。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

※ 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

ア お客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 週間前までにお申し出ください。

イ 当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了 30 日前に文書で通知します。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

(ア) お客様が介護保険施設に入所した場合

(イ) 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合（介護保険給付費でのサービスは受けられませんので、ご相談ください。）

(ウ) お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業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により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	病院名		
	所在地		
	氏名		
	電話番号		
ご家族	氏名	続柄	
	連絡先		
	電話番号		

9 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにお客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護サービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

10 秘密の保持について

当事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得たお客様及びご家族の秘密を漏らしません。

事業者では、お客様の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でお客様又はご家族の個人情報を用います。

11 虐待の防止について

当事業者は、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。

- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・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。

12 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者評価の実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

当事業所は、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	福岡県朝倉市甘木 1785-1 201
	事業者名	株式会社 ReAND
	代表者名	大川 奈緒美
	事業所名	訪問看護ステーション リアンド 甘木 (事業所番号) 4062490083
	管理者名	只野 多美
説明者	職名	
	氏名	

私は、重要事項説明書に基づいて説明を受け、訪問看護のサービス内容及び重要事項の内容に同意します。

令和 年 月 日

利用者	住所
	氏名
	代筆者

代理人（選定した場合）	住所
	氏名

利用者家族代表	住所
	氏名

身元保証人	住所
	氏名