

重要事項説明書

ハピタスカーマ訪問看護ステーション

令和6年4月1日作成

6 事故発生時の対応方法

利用者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、速やかに市町村や利用者の家族及びケアマネージャー等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7 衛生管理

管理者は、訪問看護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。また、設備及び備品等についても衛生的な管理を行います。

8 従業員の研修

事業所は訪問看護職員の資質向上を図るため、研修の機会を次のとおり設けるものとします。

- ☐ 採用時研修 採用後3ヶ月以内
- ☐ 継続研修 年1回

9 当事業者が提供するサービスと利用料金

令和6年4月

- ☐ 訪問看護は介護保険又は健康保険の利用が出来ます。保険の種類と内容により利用者負担金が下記のようになります。
 - ☐ 利用料金のうち9割(※)が介護保険から給付される場合
 - ☐ 利用料金の全額をお客様に御負担いただく場合
- ※国、または市町村が定める諸条件によって割合が異なる場合がございます。

(1) 介護保険の給付の対象となるサービス

① お客様1～3割負担金額表

訪問看護 <看護師・准看護師>

10,84(4級地単価)

料金表		サービスに要する時間			
区 分		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
基本単位		314	471	823	1,128
自己負担分(看護)	1割	341円	511円	893円	1,223円
〃	2割	681円	1,021円	1,785円	2,466円
〃	3割	1,021円	1,532円	2,677円	3,669円
自己負担分(准看護)	1割	306円	459円	803円	1,101円
〃	2割	612円	917円	1,605円	2,201円
〃	3割	917円	1,376円	2,407円	3,301円

※准看護師が訪問した場合は基本単位×90%になります。

介護予防訪問看護 <看護師・准看護師>

10,84(4級地単価)

料金表		サービスに要する時間			
区 分		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
基本単位		303	451	794	1,090
自己負担分(看護)	1割	329円	489円	861円	1,182円
〃	2割	657円	978円	1,722円	2,368円
〃	3割	986円	1,467円	2,582円	3,545円
自己負担分(准看護)	1割	295円	439円	774円	1,064円
〃	2割	590円	878円	1,548円	2,127円
〃	3割	885円	1,317円	2,322円	3,191円

※准看護師が訪問した場合は基本単位×90%になります。

定期巡回訪問看護 <看護師・准看護師>

10,84(4級地単価)

料金表		定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合1月につき	
基本単位		2,961	
自己負担分(看護)	1割	3,210円	
〃	2割	6,420円	
〃	3割	9,630円	
自己負担分(看護)	1割	要介護5の方の場合 基本単位+800単位	4,077円
〃	2割		8,154円
〃	3割		12,231円
自己負担分(准看護)	1割	2,888円	
〃	2割	5,776円	
〃	3割	8,664円	
自己負担分(准看護)	1割	要介護5の方の場合 基本単位+800単位	3,669円
〃	2割		7,337円
〃	3割		11,005円

※准看護師が一度でも訪問した場合は基本単位×98%になります。

(2) 医療保険の給付の対象となるサービス

① お客様1～3割負担金額表

				負担割合に相当する一部負担額の額			
	項目	算定条件		料金	1割	2割	3割
訪問看護基本療養費Ⅰ	看護師・作業療法士等	週3日まで		5,550円/日	555円/日	1,110円/日	1,665円/日
	准看護師			5,050円/日	505円/日	1,010円/日	1,515円/日
	看護師・作業療法士等	週4日以降		6,550円/日	655円/日	1,310円/日	1,965円/日
	准看護師			6,050円/日	605円/日	1,210円/日	1,815円/日
	緩和ケア、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師	月一回		12,850円	1,285円	2,570円	3,855円
訪問看護基本療養費Ⅱ 同一建物居住者への訪問看護	看護師・作業療法士等	同一日2人	週3日まで	5,550円/日	555円/日	1,110円/日	1,665円/日
	准看護師			5,050円/日	505円/日	1,010円/日	1,515円/日
	看護師・作業療法士等	同一日3人		2,780円/日	278円/日	556円/日	834円/日
	准看護師			2,530円/日	253円/日	506円/日	759円/日
	看護師・作業療法士等	同一日2人	週4日以降	6,550円/日	655円/日	1,310円/日	1,965円/日
	准看護師			6,050円/日	605円/日	1,210円/日	1,815円/日
	看護師・作業療法士等	同一日3人		3,280円/日	328円/日	656円/日	984円/日
	准看護師			3,030円/日	303円/日	606円/日	909円/日
	緩和ケア、褥瘡ケアに係る専門の研修を受けた看護師	月一回		12,850円	1,285円	2,570円	3,855円

複数名訪問看護加算 ※1人の看護師による訪問看護が困難と認められる場合(要同意)		
看護師＋看護師・保健師・理学療法士等 (週に1回に限り)	4,500	厚生労働大臣が定める利用者に、同時に複数の看護師等による訪問看護が必要な場合。
ターミナルケア療養費	25,000	利用者の死亡日及び死亡日前14日以内に2回以上訪問看護を行い、かつ利用者及びその家族等に対して説明の上、ターミナルケアを行った場合に算定されます。

(3) 介護保険の給付の対象とならないサービス

- ① 介護保険給付の支給限度額を超えるサービス
- ② 介護保険給付対象者外の方へのサービス
※ 申請の結果、非該当とされた方や医療保険対象の場合等

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金は、月毎に計算し御請求いたします。
お支払いは、原則口座引落とさせていただきます。御利用月の翌月15日前後に
ご指定の口座より引落しさせていただきます。

(5) 利用の中止、変更、追加

- ① サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。
この場合、サービス実施日の前日までにお申し出ください。
- ② サービスの利用の変更、追加のお申し出に対し、看護職員の稼働状況等により
御希望する時間/曜日にサービス提供が出来ない時は、他の時間/曜日を提示して協議
するものとします。 ※但し、担当ケアマネージャー、主治医等との判断により
サービス提供できない場合もございます。

1.0 サービスの利用に関する留意点

(1) 看護職員の交替

- ① お客様からの交替の申し入れ
担当する看護職員の交替を希望する場合には、当該看護職員が業務上不適当と認められる事情
その他交替を希望する理由を明らかにして事業者に対して看護職員の交替を申し入れることが
できます。但し、お客様から特定の看護職員を指名することはできません。
- ② 事業者からの看護職員の交替
事業所の都合により看護職員を交替する場合は、お客様及びその家族等に対してサービス
利用上の不利益を生じさせないよう十分に配慮するものとします。

(2) サービス実施の留意点

- ① 訪問看護サービスの実施に関する指示・命令
訪問看護サービスに関する看護職員への指示・命令はお客様の希望・意向に十分配慮した上で
事業者が行うものとします。お客様より、指示・命令の必要がある場合は、事業所の管理者
または担当ケアマネージャーへ御依頼ください。
- ② 備品等の使用
訪問看護サービス実施のために必要な備品等(水道・ガス・電気を含む)は
無償で使用させていただきます。

(3) サービス内容の変更

サービス利用当日に、お客様の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合
には、サービス内容の変更をおこないます。その場合、事業者は変更したサービスの内容と
時間に応じたサービス利用料金を請求します。

【個人情報使用同意書】

私（利用者及びその家族）は、貴事業所がサービスの提供を行うことについて、サービス事業者が知り得た私の個人情報について、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用目的

当該事業所の管理運営業務、会計経理業務、看護サービス業務、事故緊急時の報告、他の看護担当者との連携、ケアマネジャーとの連携、ケアマネジャー主催の担当者会議、ケア担当者等からの照会に対する回答、保険委託、国保連への請求業務、損害賠償等の保険会社への連絡、行政への報告及び看護サービスや業務改善。

2 使用する期間

介護保険法、訪問看護サービス契約書の契約期間に同じ。但し、同契約が変更・更新された場合もこれに準ずる。

3 使用条件

- ① 個人情報の使用は最小限とし、使用にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払う。
- ② 個人情報を使用した際には、その日時、場所、開示した対象者、その内容、その目的を記録しておくこと。
- ③ 私の個人情報の開示を求めた際には、遅滞なく開示すること。

年 月 日

訪問看護事業所：ハピタスカーマ訪問看護ステーション 様

（御利用者様） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

（御家族様） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

上記条項に同意し、訪問看護サービスの契約をします。

年 月 日

(御利用者様) 住所 _____
氏名 _____ 印

(御家族様) 住所 _____
氏名 _____ 印

(事業所) 所在地 〒239-0824 横須賀市西浦賀5-32-2
事業者名 ハビタスカーマ訪問看護ステーション
管理者名 福岡 禮子 印