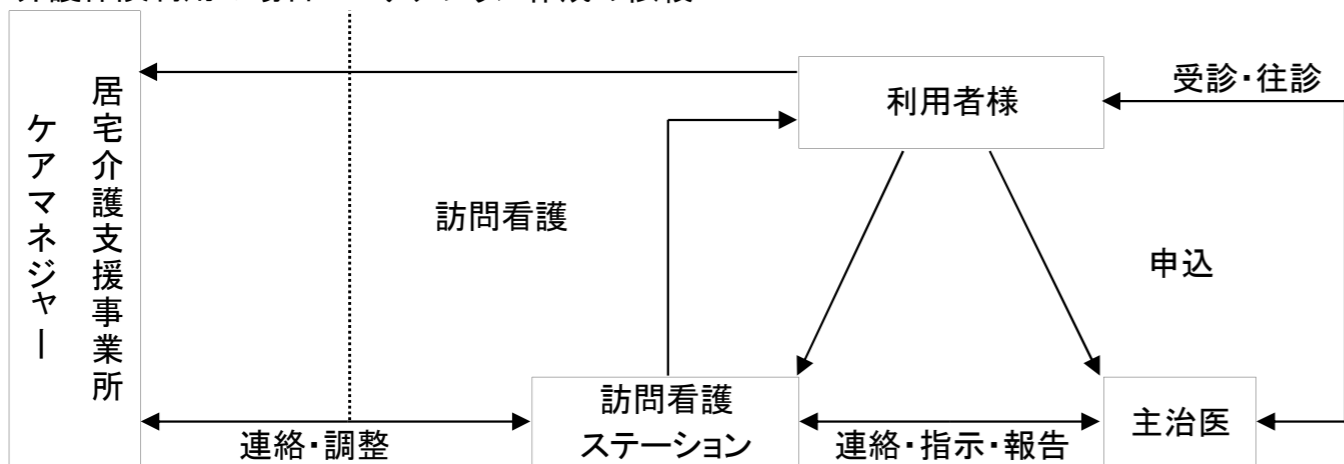


# 訪問看護サービスのご案内(重要事項説明書)

訪問看護ステーションめいかい

## 1 訪問看護のお申込からサービス開始まで 介護保険利用の場合 ケアプラン作成の依頼



訪問看護は、看護師などが家庭訪問して、病気や障害のために支援を必要とされる方の看護を行うサービスで、介護保険制度のほか、医療保険制度で利用できる方もいます。主治医の治療方針やケアプランに沿って、他のサービスと連携しながら看護を行いますので、安心して在宅療養が続けられます。

お申し込みは訪問看護ステーション又は主治医、ケアマネジャーにご相談下さい。訪問看護を利用する場合は主治医の指示書が必要です。指示書は訪問看護ステーションに提供されます。

## 2 訪問看護サービスの内容

- ・ 病状・障害の観察、健康管理
- ・ 療養、看護・介護方法のアドバイス
- ・ 食事ケア、水分・栄養管理、排出ケア、清潔ケア
- ・ ターミナルケア
- ・ リハビリテーション
- ・ 認知症や精神疾患の方の看護
- ・ 家族など介護者の支援
- ・ 褥瘡や創傷の処置
- ・ カテーテルなど医療機器の管理
- ・ 医師の指示による医療処置
- ・ 保健・福祉サービスなどの活用支援

## 3 営業日時のご案内

- 営業日 : 月曜日から金曜日まで
- 休業日 : 土・日・祝祭日・年末年始
- 営業時間 : 午前9時から午後5時まで  
(最終訪問は午後4時まで)

当ステーションは、年間を通して24時間いつでも連絡がとれる体制を設けております。

## 4 ご利用料金など

保険種別など	介護保険による訪問看護	医療保険による訪問看護
訪問看護を利用できる方	介護保険の被保険者で、要介護状態等の認定を受けて、主治医が訪問看護の必要を認めた方	主治医が訪問看護の必要を認めた方 ①介護保険の対象でない(非該当)の方 ②介護保険の利用対象者のうち、厚生労働大臣が定めた疾患や状態の方(がん末期、急性増悪期など)
利用料金 * 1ヵ月分をまとめて翌月の初回訪問時現金で頂きます	別紙参照	国民健康保険・社会保険 後期高齢者医療保険 該当保険の自己負担割合分  別紙参照  *保険適用外 自費 特別の訪問看護 営業日以外料金 (土日祝日・年末年始) 1回当たり 3,000円
交通費など	通常の事業の実施地域は0円	交通費 営業日以外、 営業日時間外 500円/回
エンゼルケア(ご遺体のお世話)		10,000円
その他おむつ等日常生活物品等実費		

※ 各種保険の他、公費負担医療制度もお取り扱いします。

## <個人契約の訪問看護(保険外サービスの料金)>

個人契約による訪問看護料:  
30分未満 4,000円, 30分以上1時間未満 8,500円  
1時間以上は延長時間とし、30分増す毎に 3,000円  
夜間・早朝は単価(30分未満又は30分以上1時間未満の料金)の 1.25倍  
深夜は単価の 1.5倍

## 5 ご利用にあたってのお願い

- 保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。これらの書類について内容に変更が生じた場合は、必ずお知らせください。
- やむを得ず訪問の予定変更を希望される場合は、必ず前日までにご連絡をお願いいたします。

## 6 キャンセル料

- 利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合、次のキャンセル料をいただきます。但し、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない場合は不要です。

利用日の2時間前までに連絡があった場合	0円
利用日の当日に連絡がなかった場合	5000円

キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。

## 7 ご相談窓口

- 当事業所における相談窓口

リハビリ担当 TEL 078-925-2005

理学療法士 石川 雅一 岡澤頼宏

看護担当 TEL 078-926-5511

看護師 稲垣 美香

相談時間 9時～17時（留守番電話対応を含む）

- 行政機関その他相談窓口

- ・国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

TEL 078-332-5617

受付時間 9時～17時15分 月～金

- ・あかし消費生活センター

所在地 明石市東仲ノ町6-1アスパア明石北館7階

TEL 078-912-0999

受付時間 9時～18時 火～土（祝日除く）

- ・明石市役所 福祉局 高齢者総合支援室

TEL 078-918-5091

受付時間 9時～17時15分 月～金

## 8 営業地域

- ・明石市

## 9 事業者概要

事業者	医療法人社団 弘成会
事業所の名称	訪問看護ステーション めいかい
代表者	医療法人社団 弘成会 理事長 小河 幹治
指定番号	2862090053
事業所の住所	明石市藤江201番地
連絡先	営業時間内 Tel 078-926-5511 Fax 078-926-5522
最寄の駅	JR神戸線 西明石駅 徒歩15分

## 10 その他

- サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話の費用は利用者の負担となります。
- 利用者がサービス従業員を希望される場合には、変更を拒む正当な理由がない限り対応いたしますので御相談下さい。
- サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為、次の事項に留意して下さい。  
ア サービス従業員は、年金などの金銭の取り扱いは致しません。  
イ サービス従業員は、療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。食事の準備など、家事などの業務については致しません。

## 5 ご利用にあたってのお願い

- 保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。これらの書類について内容に変更が生じた場合は、必ずお知らせください。
- やむを得ず訪問の予定変更を希望される場合は、必ず前日までにご連絡をお願いいたします。

## 6 キャンセル料

- 利用者の都合によりサービスをキャンセルする場合、次のキャンセル料をいただきます。但し、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない場合は不要です。

利用日の2時間前までに連絡があった場合	0円
利用日の当日に連絡がなく、訪問したが不在だった場合	5000円

キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡下さい。

## 7 ご相談窓口

- 当事業所における相談窓口

リハビリ担当 TEL 078-925-2005

理学療法士 石川 雅一 岡澤頼宏

看護担当 TEL 078-926-5511

看護師 稲垣 美香

相談時間 9時～17時（留守番電話対応を含む）

- 行政機関その他相談窓口

・国民健康保険団体連合会

所在地 神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801号

TEL 078-332-5617

受付時間 9時～17時15分 月～金

・あかし消費生活センター

所在地 明石市東仲ノ町6-1アスパア明石北館7階

TEL 078-912-0999

受付時間 9時～18時 火～土（祝日除く）

・明石市役所 福祉局 高齢者総合支援室

TEL 078-918-5091

受付時間 9時～17時15分 月～金

## 8 営業地域

- ・明石市

## 9 事業者概要

事業者	医療法人社団 弘成会		
事業所の名称	訪問看護ステーション めいかい		
代表者	医療法人社団 弘成会 理事長 小河 幹治		
指定番号	2862090053		
事業所の住所	明石市藤江201番地		
連絡先	業時間内	Tel	078-926-5511
		Fax	078-926-5522
最寄の駅	JR神戸線 西明石駅 徒歩15分		

## 10 非常災害時の対応

- 地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業所から連絡します。

## 11 感染症対策の強化

- 事業者は、感染対策委員会に属し、おおむね6月に1回以上の委員会を開催し感染症の予防及びまん延防止の為に指針を整備し、研修及び訓練を定期的実施します。

## 12 高齢者虐待防止に関する事項

- 事業者は、ご利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策等の必要な体制整備を行うと共に、従業員に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

## 13 ハラスメント対策について

- サービス利用契約中に、ご利用者、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。  
(叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す)

14 その他

- サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話の費用は利用者の負担となります。
- 利用者がサービス従業員を希望される場合には、変更を拒む正当な理由がない限り対応いたしますので御相談下さい。
- サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為、次の事項に留意して下さい。  
ア サービス従業員は、年金などの金銭の取り扱いは致しません。  
イ サービス従業員は、療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。食事の準備など、家事などの業務については致しません。

同意書

令和 年 月 日

【事業者】

当事業者は、利用者に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、ご利用者にサービス内容及び重要事項を説明しました。

<事業所 名称> 訪問看護ステーション めいかい

<事業所 住所> 明石市藤江201番地

<説明者 氏名> \_\_\_\_\_

【ご利用者】

私は、サービス内容及び重要事項について文書に基づいて、事業者から説明を受けました。

(ご本人)

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

(代理人の場合)

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_