

重要事項説明書（訪問看護・介護予防訪問看護）

あなたに対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、平成11年3月31日厚生省令第37号（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準）第74条、第8条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人メディフォー
主たる事務所の所在地	名古屋市中区栄五丁目7番25号
法人種別	医療法人
代表者名	理事長 中原 秀也
設立年月日	平成11年12月8日
電話番号	052-262-7070
ファクシミリ番号	052-262-7755
ホームページアドレス	http://medifore.jp/

2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション すずらん
事業所の種類・指定番号	愛知県2360690222号
所在地	名古屋市中区栄五丁目7番25号
電話番号	052-262-7720
ファクシミリ番号	052-262-7755
開設年月日	平成29年4月1日
管理者の氏名	管理者 田中 千賀子
サービス提供地域	名古屋市中区
実施しているその他の事業	介護老人保健施設、通所リハビリテーション、訪問介護 居宅介護支援事業所、訪問リハビリテーション

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	医療法人メディフォーが開設する訪問看護ステーション すずらん（以下「事業所」という。）が行う指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員（以下「訪問看護員等」という。）が、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある高齢者、又は要介護認定で非該当とされた方、厚生労働省が定める疾患の方、急性憎悪期の方に対し、適正な
-------	--

	指定訪問看護（介護予防訪問看護）を提供することを目的とする。
運営の方針	退院によって、疾病や障害を抱えたまま、あるいは様々な医療機器を装着したまま生活する療養者が、自宅あるいは自宅に代わる生活の場で継続した医療・看護・介護を受け、安心して、ご本人とご家族の望むその人らしい生活が出来るように側面的に援助します。

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の体制
看護師	2.5人以上	常勤1名含む
准看護師		
作業療法士		
理学療法士		

5. 営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで (ただし、国民の祝日、12月31日から1月3日までは除く。)
営業時間	午前9時から午後6時00分

6. 提供するサービス内容

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3) 食事および排泄等日常生活の世話
- (4) 床ずれの予防・処置
- (5) リハビリテーション
- (6) ターミナルケア
- (7) 認知症患者の看護
- (8) 療養生活や介護方法の指導
- (9) カテーテル等の管理
- (10) その他医師の指示による医療処置

7. 利用料

- (1) 介護保険の適用を受けるサービス（利用料1割又は2割又は3割が自己負担）
 - (2) 介護保険の適用を受けないサービス（医療保険利用、又は全額自己負担）
 - (3) その他の費用（全額自己負担）
- があります。

(1) 介護保険の適用を受けるサービス

① 訪問看護サービス

	30分未満	30分以上1時間未満	(PT・OT・STの場合) 20分
利用料金	5,193円	9,072円	3,237円
自己負担額 (1割の場合)	519円	907円	323円

※同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合所定単位数の90%を算定します。

②介護予防訪問看護サービス

	30分未満	30分以上1時間未満	(PT・OT・STの場合) 20分
利用料金	4,972円	8,751円	3,127円
自己負担額 (1割の場合)	497円	875円	313円

※同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合所定単位数の90%を算定します。

※PT・OT・STが12か月超のサービスを提供した場合、5単位/回減算になります。

【加算】

以下の時間帯は、次の割合で上記利用料に加算されます。

早朝（6時～8時）・夜間（18時～22時） 25%

深夜（22時～翌朝6時） 50%

(2) 介護保険の適用を受けないサービス

① 介護保険の支給限度額を超えるサービス

利用料は利用者の全額自己負担となります。

(3) その他の費用

① 交通費

通常の事業の実施地域にお住いの方は無料です。

② サービスの実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、

お客様の負担となります。

(4) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合、利用予定日の午前9時までに
ご連絡がなかった場合はキャンセル料が発生します。（1回1,000円 不課税）

(5) 支払方法

サービス提供月の翌月15日頃までに、当月のサービス提供日、サービス内容、
利用料の内訳を記載した利用明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
当月の利用料を、毎月翌月26日までにお支払いください。

8. 苦情申立窓口

ご利用者のご相談窓口	ご利用時間	平日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話 052-262-7720 面接 場所 メディケア栄
名古屋市健康福祉局介護保険課	ご利用時間	平日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話 052-959-3087
愛知県国民健康保険団体連合会	ご利用時間	平日 午前9時～午後5時
	ご利用方法	電話 052-971-4165

9. 緊急時の対応方法

<p>利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。 また、緊急連絡先に連絡いたします。</p>		
利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	
	院長名	
	所在地	
	電話番号	
	診療科	
	入院設備	有 ・ 無
	救急指定の有無	有 ・ 無
契約の概要	当事業者と病院は	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

10. 損害賠償保険への加入

当事業所は、損害賠償保険に加入しています。

年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、

甲1 に

甲2

対してサービス内容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。

(乙) 居宅サービス事業者

主たる事務所所在地 名古屋市中区栄五丁目7番25号

名称 医療法人メディフォー

訪問看護ステーション すずらん

説明者

氏名

印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者

氏名

印

(甲2) 利用者の家族

氏名

印