

(指定訪問看護・指定介護予防訪問看護)

重要事項説明書

株式会社 グリーンリーフ
訪問看護ステーション 赤とんぼ

訪問看護ステーション 赤とんぼ
 指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり厚生労働省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者が説明する重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者名称	株式会社 グリーンリーフ
主たる事業所の所在地	秋田県秋田市雄和女米木字高麓沢 45
代表者名	代表取締役 石井 久美子
電話番号	018-886-4126

2 事業の概要

事業所名称（指定番号）	訪問看護ステーション 赤とんぼ（0560190480号）
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護

3 当事業所の概要

事業所の名称	訪問看護ステーション 赤とんぼ
指定番号	0560190480号
所在地	秋田県秋田市仁井田本町6丁目2-8 レジデンス関B棟101号室
管理者名	佐藤 研
電話番号	TEL：018-853-7057 FAX：018-853-7058
サービス提供地域	秋田市

4 事業の目的及び運営方針

目的

訪問看護 介護予防訪問看護	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じて自立した生活を営む事が出来るよう、適切な訪問看護、介護予防訪問看護を提供させていただきます。
------------------	-----------------------------------------------------------------------------

運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した生活を営む事が出来るよう、利用者の立場に立って援助を行います。また、関係機関との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5 職員体制

	資格	常勤人数	非常勤人数	業務内容
管理者	看護師	1名		訪問看護
訪問看護師（専）	看護師	1名	2名	

6 営業時間

営業日	月曜日～金曜日の平日
営業時間	午前9時～午後6時00分
緊急連絡先	018-853-7057
休業日	土曜・日曜・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）
※24時間連絡対応体制を実施しております。	

7 サービスの概要と利用料金

介護保険

<指定訪問看護> 令和6年6月1日改訂

訪問看護 サービスの種類			負担額（単位/回）								
			通常時			早朝・夜間			深夜		
			1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
時間別 単位	20分未満	看護師	314	626	939	391	782	1,173	470	940	1,410
	30分未満	看護師	471	940	1,414	588	1,176	1,764	705	1,410	2,115
	30分以上 1時間未満	看護師	823	1,642	2,463	1,260	2,520	3,780	1,232	2,464	3,696
	1時間以上 1時間30分未満	看護師	1,128	2,250	3,375	1,406	2,812	4,218	1,688	3,376	5,064

<指定介護予防訪問看護>

訪問看護 サービスの種類			負担額（単位/回）								
			通常時			早朝・夜間			深夜		
			1割	2割	3割	1割	2割	3割	1割	2割	3割
時間別 単位	20分未満	看護師	303	362	906	378	756	1,134	453	604	1,359
	30分未満	看護師	451	540	1,350	563	1,126	3,378	675	900	2,025
	30分以上 1時間未満	看護師	794	950	2,376	990	1,980	5,940	1,188	1,584	3,564
	1時間以上 1時間30分未満	看護師	1,090	2,160	3,261	1,359	2,718	8,154	1,630	2,174	4,890

※20分未満の場合

- ・利用者に対し、週に1回以上・20分以上の訪問看護を実施していること。
- ・利用者からの連絡に応じて、訪問看護を24時間行える体制であること。

<各種加算> (介護保険)

下表は1割負担の単位数となる。2割負担の場合は下記単位の2倍、3割負担の場合は3倍となる。

加算項目	1割負担額	加算内容等
特別管理加算	(I) 500 単位/月 (II) 250 単位/月	特別な管理を要する利用者に対し、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合、1ヵ月につき加算する。 ・特別管理加算 (I) 在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること。 ・特別管理加算 (II) 在宅酸素療養法指導管理等を受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態等であること。 ※医療保険で算定する場合は算定できない。 ※区分支給限度額対象外とする。
看護・介護職員連携強化加算	250 単位/月	訪問介護事業所と連携し、痰の吸引等 (※) が必要な利用者に係る計画の作成や、訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合。 (※) 痰の吸引 ・口腔内の喀痰吸引、鼻腔内の喀痰吸引、気管カニューレ内部の喀痰吸引、胃ろう又は腸ろうによる経管栄養及び経鼻経管栄養
長時間訪問看護加算	300 単位 週1回に限る	特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合に加算。
複数名訪問看護加算 (I)	30分未満 254 単位 30分以上 402 単位	2人の看護師等が同時に訪問看護を行った場合について評価を行う。
複数名訪問看護加算 (II)	30分未満 201 単位 30分以上 317 単位	看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行った場合について評価を行う。
緊急時訪問看護加算 (II)	574 単位/月	24時間連絡体制をとり、緊急時の場合の相談・訪問を行う。緊急の訪問の有無に関わらず、1ヵ月につき加算する。 ※利用者の同意を得た場合に加算いたします。
ターミナルケア加算	2500 単位/ 死亡月	① 死亡日前14日以内に2日以上 (死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合、1日以上) ターミナルケアを行った場合。 ② ターミナルケアに係る計画及び支援体制について、利用者・家族の同意を得て実施した場合。

退院時共同指導加算	600 単位/月	<ul style="list-style-type: none"> ・病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を提供した場合。 ・退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1 回（特別な管理を要するものである場合 2 回）に限り算定できる。
初回加算（Ⅰ）	300 単位/月	<ul style="list-style-type: none"> ・新規に訪問看護計画に作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合。 ・初回の訪問看護を行った月に算定する。 <p>※退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない。</p>
初回加算（Ⅱ）	350 単位/月	<ul style="list-style-type: none"> ・新規に訪問看護計画に作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に訪問看護を提供した場合。 ・初回の訪問看護を行った月に算定する。 <p>※退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない。 ※初回加算（Ⅰ）を算定する場合は算定できない。</p>

□（介護保険の場合）

私は、訪問看護加算等について、貴事業所説明者より上記対象となる加算の種類について説明を受け、居宅サービス提供計画に加算をつけることに同意します。

医療保険（加算含）

	医療保険による訪問看護	保険外のサービス
訪問看護を利用できる方	主治医が訪問看護を認めた方 Ⅰ．介護保険の対象外（非該当）の方 Ⅱ．介護保険の被保険者のうち、厚生労働大臣が特に定めた疾患や病状の方 Ⅲ．その他	

<利用料金>

各種健康保険証や後期高齢者医療被保険者証に明記された負担割合（1割～3割） ●訪問看護療養費 ・訪問看護基本療養費Ⅰ ・訪問看護基本療養費Ⅱ ・訪問看護基本療養費Ⅲ （入院中、試験外泊時で必要と認められた者。定められた疾病・医療機器装着者）	5,550 円/日 6,550 円/日 8,500 円/回	上記Ⅰ・Ⅱの場合 介護保険法による料金表に準ずる。 （90分以降、30分を増す毎に3,000円加算） 週4日以上。 Ⅲ．契約に基づき定めた料金とする。
●長時間訪問看護加算（90分から）	5,200 円/回	【参考】別表 第八

●特別管理加算 ・特別管理算定対象者（Ⅰ） ・特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者ただし、イ・ロの場合は1週間に3回まで算定可能 イ．15歳未満の超重症児又は準超重症児 ロ．15歳未満の小児であって別表第八に掲げる者	2,500円/月 5,000円/月	<ul style="list-style-type: none"> ・気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している者 ・在宅酸素療法指導管理 ・在宅中心静脈栄養法指導管理 ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ・在宅自己導尿指導管理 ・在宅人工呼吸指導管理 ・在宅持続腸圧呼吸療法指導、管理 ・在宅自己疼痛管理指導管理 ・在宅肺高血圧症患者指導管理 ・人工肛門、人工膀胱を設置している者 ・真皮を超える褥瘡の状態にある者 ・在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者 	
●乳幼児加算（6歳未満）	1,500円/日		
●複数名訪問看護加算 看護師等（週1日） 准看護師（週1日） 看護補助者（週3日）	4,500円 3,800円 3,000円		
●24時間対応体制加算（同意が必要） ●緊急訪問看護加算	6,400円/月 2,650円/日		
●管理療養費 （月12日まで限度としない）	1日目 7,440円 2日目以降 3,000円		
●退院支援指導加算 （診療により、退院当日の訪問看護が必要）	6,000円		
●特別指導管理加算 （退院後、特別な管理が必要で退院時共同指導を行った者）	2,000円/回		
●在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円/2回		
●夜間・早朝加算 （18時～22時・6時～8時）	2,100円/回		注) ・日中 8:00～18:00 ・早朝 6:00～8:00 ・夜間 18:00～22:00 ・深夜 22:00～6:00
●深夜加算 （22時～6時まで）	4,200円/回		
●訪問看護情報提供療養費	1,500円 /1回		
●看護・介護職員連携強化加算 （喀痰吸引等を実施する介護職員等との連携で、介護職員と同行訪問した日の属する月の初日の訪問看護実施日に加算）	2,500円/月		
●訪問看護ターミナルケア療養費Ⅰ	25,000円/月		
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅱ	10,000円/月		

●その他利用料		
I. 90分を超える訪問看護	2,000円/30分毎	
II. 死後の処置料	10,000円	

□（医療保険の場合）

私は、訪問看護基本療養費等について、貴事業所説明者より上記対象となる加算の種類について説明を受け、看護計画に加算を付けることに同意します。

<交通費>

2km未満	無料	1. 介護保険の場合 利用者の居宅が当該事業所のサービス提供地域以外にあるときは、左記の交通費をいただきます。（通常実施地域を超えた地点から加算） ※通常実施地域：秋田市 2. 医療保険の場合：左記のとおり
5km未満	100円	
10km未満	200円	
15km未満	300円	
20km未満	400円	
20km以上	500円	

8 利用料等のお支払方法・・・別紙料金表参照

毎月10日過ぎの定期訪問時に「7 サービスの概要と利用料金」に記載の金額を基に算定した前月分の利用料金等を利用料明細書により請求いたしますので、現金または口座振替でお支払いいただきます。

9 サービスに関する苦情・要望等相談窓口

I. サービスのご利用にかかわる相談・苦情の受付及び事故発生の際の受付窓口は以下のとおりです。
24時間連絡体制により実施しております。

事業所の相談窓口	訪問看護ステーション 赤とんぼ	
	電話番号	018-853-7057
	受付時間	午前9時～午後5時
	担当者	佐藤 研

上記を管轄する事業者	株式会社 グリーンリーフ	
	電話番号	018-886-4126
	受付時間	平日 午前9時～午後5時30分

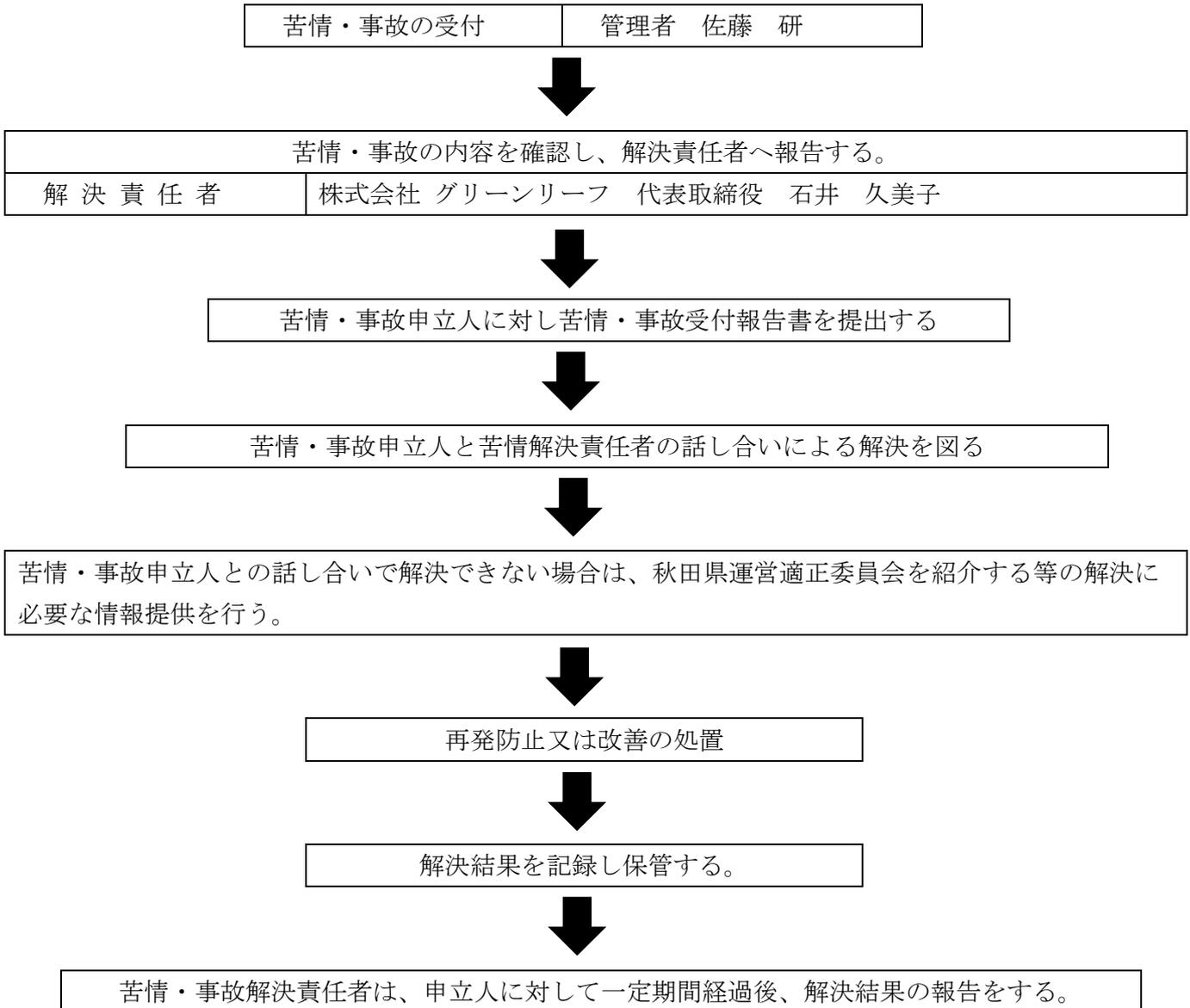
II. その他の相談・苦情受付窓口

市町村の相談窓口	秋田市	
	電話番号	018-888-5674
	担当部署	介護保険課

国民健康保険団体連合会の 相談窓口	秋田県国民健康保険団体連合会	
	電話番号	018-883-1550
	担当部署	苦情受付窓口

秋田県運営適正委員会の 相談窓口	秋田県社会福祉協議会	
	電話番号	018-864-2711
	担当部署	福祉サービス相談支援センター（運営適正委員会）
第三者評価実施状況の有無	無	

Ⅲ. 苦情発生時の対応



Ⅳ. 事故発生時の対応

- ① 市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所へ連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。
- ② 事故の状況及び事故に際して取った処置について記録する。
- ③ 賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行う。

10. 緊急時の対応方法

速やかに利用者の主治医に連絡を行い、医師の指示に従います。		
利用者の医療機関	主治医	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
	入院設備の有無	有 ・ 無
	救急指定の有無	有 ・ 無

11 秘密保持

訪問看護サービスの提供にあたって知り得た本人・家族の秘密を漏らすことは致しません。
また、訪問看護師等が退職後、在職中に知り得た本人・家族の秘密を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

12 担当訪問看護師

看護師名	1.
	2.

当該事業者は、訪問看護サービスの開始にあたり、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

株式会社 グリーンリーフ		
事業所	訪問看護ステーション 赤とんぼ	
	所在地	秋田市仁井田本町6丁目2-8 レジデンス関B棟101号室
	管理者	佐藤 研
	説明者	

利用者

私は、本書面に基づいて上記重要事項の説明を受け、訪問看護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者 ・ 住所 _____

・ 氏名 _____

利用者家族 ・ 住所 _____

・ 氏名 _____

又は、法定代理人

・住所 _____

・氏名 _____