

重要事項説明書

(精神訪問看護)

利用者： _____ 様

事業者： リハ特化型訪問看護ステーションさんぽ 気仙沼

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	リハ特化型訪問看護ステーションさんぽ 気仙沼
所在地	気仙沼事業所：宮城県気仙沼市四反田 23 番地 11
連絡先	気仙沼事業所：TEL 070-3349-2329 FAX 0192-53-1123
管理者	千葉 恵
サービス種類	訪問看護、介護予防訪問看護、精神訪問看護
介護保険指定番号	0460590060 号
サービス提供地域	気仙沼市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	8:30 ~ 17:30
定休日	土曜日、日曜日

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	正看護師	1名	0名	1名
看護師	正看護師	2名	0名	2名
理学療法士	理学療法士	1名	0名	1名
作業療法士	作業療法士	0名	1名	1名
言語聴覚士	言語聴覚士	0名	1名	1名
事務員		0名	0名	0名
合計				6名

(4) ディスクロージャー

当事業所の「事業計画」および「財務内容」については、当社のホームページ上で閲覧することができます。

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：気仙沼事業所：070-3349-2329

担当部署： 訪問看護部門

担当者： 草別 拓郎

受付時間： 8:30~17:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します。訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4 利用料金

医療保険利用料金

(基本療養費+管理療養費+加算分) × 負担割合となります。

法令により、利用料の10円未満は四捨五入となります。

尚、特殊受給者証などお持ちの方は各自自治体により自己負担額が変わります。

精神科訪問看護利用料金表 (医療保険)

《基本料金》

		項目		費用総額	自己負担割合(円)					
					1割	2割	3割			
精神科訪問看護基本療養費	(I)	看護師等による訪問		3日目まで/週	30分以上	5,550	555	1,110	1,665	
					30分未満	4,250	425	850	1,275	
				4日以降/週	30分以上	6,550	655	1,310	1,965	
					30分未満	5,100	510	1,020	1,530	
		准看護師による訪問		3日目まで/週	30分以上	5,050	505	1,010	1,515	
					30分未満	3,870	387	770	1,161	
				4日以降/週	30分以上	6,050	605	1,210	1,815	
					30分未満	4,720	472	944	1,416	
	(III)	同一建物への訪問	看護師等 2人/同一日		3日目まで/週	30分以上	5,550	555	1,110	1,665
						30分未満	4,250	425	850	1,275
					4日以降/週	30分以上	6,550	655	1,310	1,965
						30分未満	5,100	510	1,020	1,530
			看護師等 3人以上/同一日		3日目まで/週	30分以上	2,780	278	556	834
						30分未満	2,130	213	426	639
					4日以降/週	30分以上	3,280	328	656	984
						30分未満	2,550	255	510	765
			准看護師 2人/同一日		3日目まで/週	30分以上	5,050	505	1,010	1,515
						30分未満	3,870	387	774	1,161
					4日以降/週	30分以上	6,050	605	1,210	1,815
						30分未満	4,720	472	944	1,416
			准看護師 3人以上/同一日		3日目まで/週	30分以上	2,530	253	506	759
						30分未満	1,940	194	388	582
					4日以降/週	30分以上	3,030	303	606	909
						30分未満	2,360	236	472	708

	(IV)	入院中の外泊時の訪問	8,500	850	1,700	2,550
訪問看護 管理療養 費(/回)	月の 初回日	機能強化型(Ⅰ)	12,400	1,240	2,480	3,720
		機能強化型(Ⅱ)	9,400	940	1,880	2,820
		機能強化型(Ⅲ)	8,400	840	1,680	2,520
		(Ⅰ)～(Ⅲ)以外	7,440	744	1,488	2,232
		2回目以降	3,000	300	600	900

《加算料金》

加算名		費用総額		自己負担割合(円)			
				1割	2割	3割	
24時間対応体制加算(/月)		6,400	640	1,280	1,920		
精神科緊急訪問看護加算(1日につき1回限り)		2,650	265	530	795		
特別管理加算Ⅰ(/月)		5,000	500	1,000	1,500		
特別管理加算Ⅱ(/月)		2,500	250	500	750		
退院時共同指導加算		8,000	800	1,600	2,400		
特別管理指導加算		2,000	200	400	600		
退院支援指導加算		6,000	600	1,200	1,800		
夜間・早朝訪問看護加算(/回)		2,100	210	420	630		
深夜訪問看護加算(/回)		4,200	420	840	1,260		
精神科複数名訪問看護加算 (/週)	看護職員 +	看護職員等	1回/日	4,500	450	900	1,350
			2回/日	9,000	900	1,800	2,700
			3回以上/日	14,500	1,450	2,900	4,350
	看護職員 +	准看護師	1回/日	3,800	380	760	1,140
			2回/日	7,600	760	1,520	2,280
			3回以上/日	12,400	1,240	2,480	3,720
		看護職員+看護補助者又は 精神保健福祉士(/週)	3,000	300	600	900	
精神科難病等複数回訪問加算		2回/日	4,500	450	900	1,350	
		3回以上/日	8,000	800	1,600	2,400	
精神科長時間訪問看護加算(/週)		5,200	520	1,040	1,560		
在宅患者連携指導加算(/月)		3,000	300	600	900		
在宅患者緊急時等カンファレンス加算(/月)		2,000	200	400	600		
看護・介護職員連携強化加算(/月)		2,500	250	500	750		
精神科重症患者支援管理連携加算(/月)	(イ)	8,400	840	1,680	2,520		
	(ロ)	5,800	580	1,160	1,740		

<1ヶ月の利用料の目安>

基本利用料 _____円 × 週 _____回 × 4週分 + 加算料金 _____円
= 利用料金合計 _____円

※ 地域区分別1単位の単価（岩手県8級地その他）10.0円（2023年4月1日現在）

（注）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本料金も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本料金を書面でお知らせいたします。

《保険外適用料金》

エンゼルケア（死後の処置）	12,000円（税込）
---------------	-------------

◇サービス提供に必要な居宅で使用する電気、ガス、水道の費用は利用者の別途負担となります。

◇衛生材料は実費を負担願います。

キャンセル料金

① ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月10日までに請求しますので、20日までにあらかじめ指定された方法でお支払いください。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画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。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者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、口頭または文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合

※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対

して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や当事業所が破産した場合は、文書で通知することでご利用者様は即座に契約を解約することができます。

- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、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で、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。
- ・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な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には、契約を解除する場合があります。（例：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。その他尊厳を脅かす行為）

⑤ その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。
- ・訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

6 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医 氏名	
	電話番号	
ご家族	氏名	(続柄：)
	電話番号	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	電話番号	
主治医・ご家族など への連絡基準		

【 会社概要 】

社 名 ロッツ株式会社
資本金 4500000 円
社員数 40名（契約社員含む）
設 立 平成23年4月
所在地 岩手県大船渡市猪川町字前田 9-28
代表者 代表取締役社長 富山 泰庸

【 事業内容 】

薬局、通所介護事業、フィットネス事業、
温浴宿泊施設管理、訪問看護事業

【 事業者 】

住 所： 岩手県大船渡市猪川町字前田 9-28
社 名： ロッツ株式会社
代表者： 富山 泰庸 印

【 事業所 】

住 所：〔気仙沼事業所〕宮城県気仙沼市四反田23番地11
事業所名： リハ特化型訪問看護ステーションさんぼ 気仙沼
(指定番号：0460590060)

担当者_____より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和 年 月 日

【ご利用者】

住 所_____

氏 名_____印

【代理人】

住 所_____

氏 名_____印（続柄 _____）

署名代行理由：

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者および事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

この重要事項説明書は、令和7年6月1日より施行するものとする。