

訪 問 看 護 重 要 事 項 説 明 書

＜令和 7 年 4 月 1 日現在＞

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	特定医療法人 成仁会
代 表 者 名	理事長 上 原 昌 哉
所在地・連絡先	(住所) 熊本県熊本市東区戸島二丁目3番15号 (電話) 096-380-7011 (FAX) 096-380-9223

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

名称・法人種別	訪問看護ステーション ふれ愛
所在地・連絡先	(住所) 熊本県熊本市東区戸島二丁目3番15号 (電話) 096-388-0929 (FAX) 096-380-4808
事業所番号	4360190062
管理者の氏名	河野 けさよ

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種		人数 (人)	区 分		職 務 内 容
			常勤	非常勤及び兼務	
管 理 者		1	1		職員の指導及び運営に関する総括
訪 問 看 護 員	保 健 師				
	看 護 師	7	3	4	訪問看護実施・計画・評価等
	准 看 護 師				
	理学療法士	3	3		訪問リハビリ実施・計画・評価等
	作業療法士	2	2		〃
	言語聴覚士	1		1	〃
事務職員等					

(3) 職員の勤務体制

従業者の職種	勤 務 体 制	休 暇
管 理 者	正規の勤務時間帯 常勤で勤務 09 : 00～17 : 30	日曜日 12/31～1/3
看 護 師	同 上	日曜日 12/31～1/3
理学療法士	〃	日曜日 12/31～1/3
作業療法士	〃	日曜日 12/31～1/3
言語聴覚士	〃	日曜日 12/31～1/3

(4) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市（東区・北区の一部（龍田、武蔵ヶ丘校区）・ 中央区の一部（帯山、水前寺校区））・益城町・西原村・菊陽町
---------	---

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日

営 業 日	営業時間
月曜日～土曜日	09 : 00～17 : 30
営業しない日	日曜日・12/31～1/3

3 サービス内容

自宅で療養されている方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により看護師等が定期的に訪問し、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、必要な処置を行い在宅療養の援助を行います。

※リハビリにつきましては、看護業務の一環であり、看護師の代わりに理学療法士等が訪問を行っているため、理学療法士等のみによる訪問は行っておりません。
訪問看護計画書及び報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時及び利用者の状態の変化等に合わせ定期的な（1ヶ月～3ヶ月に1回程度）看護職員による訪問により適切な評価を受けていただきます。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス・介護予防サービス

介護保険の適用がある場合は、介護保険負担割合証に記載された負担割合によって、料金表の利用料金が決まります。利用者負担額については、契約書別紙サービス内容説明書に記載します。

【自己負担料金表】

＜保健師・看護師が訪問を行った場合＞

円

所要時間	基本料金		夜間・早朝の加算		深夜の加算		2人以上による訪問	
	介護	予防	介護	予防	介護	予防	介護	予防
20分未満	3,140	3,030	3,930	3,790	4,710	4,550	5,680	5,570
30分未満	4,710	4,510	5,890	5,640	7,070	6,770	7,250	7,050
30分以上 1時間未満	8,230	7,940	10,290	9,930	12,350	11,910	12,250	11,960
1時間以上 1時間30分未満	11,280	10,900	14,100	13,630	16,920	16,350	15,300	14,920

※夜間（午後6時から午後10時）、早朝（午前6時から午前8時まで）、深夜（午後10時から午前6時）の場合は、一回あたり上表の該当金額になります。

《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問を行った場合》

円

1回（20分）		2回（40分）		3回（60分）	
介護	予防	介護	予防	介護	予防
2940	2840	5880	5680	7950	4260

《その他の加算金額》

円

研修を実施しており、かつ、7年以上の勤続年数のある者が30%以上配置されている場合	1回につき	60
24時間連絡体制があり利用者の同意のもとに緊急時訪問等を必要に応じて行う場合 ※看護業務の負担軽減に資する十分な業務管理等体制の整備が行われており、看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合	1月につき（Ⅰ）	6000
特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にある方に限ります）に対して、サービスの実施にあたり計画的に管理を行う場合	（Ⅰ）	5000
	1月につき（Ⅱ）	2500
特別な管理を必要とする利用者に対して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	1回につき	3000
新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院・診療所介護保険施設から退院又は退所した日に訪問看護を提供した場合	1回につき（Ⅰ）	3500
新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合	1回につき（Ⅱ）	3000
入院中又は入所中の利用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	1回につき	6000
訪問介護事業所と連携し、たん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	1回につき	2500
死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合	1回につき	25000
リハビリ訪問減算 ※前年度のリハビリ訪問回数が、看護職員による訪問回数を超過している場合に8単位減算となる※予防12月を超えて訪問を行う場合は更に15単位減算	1回につき	80円減額

- ・上記の基本となる料金の算定における時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく利用者の居宅サービス計画に定められたサービス内容にかかる標準的な時間を基準とします。
- ・介護保険給付の範囲を超えたサービス提供の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となる場合がありますのでご相談ください。
- ・介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により、事業者へ直接介護給付が行われない場合があります。その場合、利用者は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料金のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。

(2) 交通費

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

※実施地域を越えた地点を拠点として、交通費が必要となります。

(22円(外税分2円含む) / 1km)

(3) その他の費用

終末期の永眠後処置として、次の金額を徴収します。 1回 5000円

サービスの提供に必要な水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者の負担となります。

(4) 利用料のお支払い方法

利用料等は1ヵ月ごとに計算し、翌月に請求いたします。

お支払いは、原則として金融機関口座からの自動引落としとなっておりますので、事前に口座振替申込書にて手続きをお願いいたします。口座引落日は毎月26日(土、日、祝祭日の場合はその翌日)となっております。

やむを得ず口座引落としができない場合は、現金支払い又は下記口座にお振込みとなります。なお、この場合、支払期日は、請求後1週間以内をお願いいたします。

(※振り込み手数料は、利用者負担となります)

熊本銀行 健軍支店

普通預金口座 (口座番号 398441)

口座名義 くまもと成仁病院 院長 勇 聡

※入金確認後、領収書を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援者にある者に対し、適正な訪問看護サービスを提供します。

(2) 運営方針

①訪問看護ステーションふれ愛の看護師等は、要支援者又は要介護者等の心身の特性を踏まえ、居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を送れるように療養生活を支援し心身の機能維持を図ります。

②訪問看護サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに、関係市町村とも連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

③正当な理由なく、訪問看護の提供を拒まないものとします。

(3) その他

訪問看護計画の作成 及び事後評価	看護師が、利用者の直面している課題等を評価し、主治医の指示及び利用者の希望を踏まえて、訪問看護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス計画書）に記載して利用者に説明のうえ交付します。
従 業 研 修	年 3 回、訪問看護、医療に関する研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 河野 けさよ （訪問リハビリに關しての相談窓口） 菊田 裕一 ご利用時間 0 9 : 0 0 ～ 1 7 : 3 0 ご利用方法 電話 0 9 6 - 3 8 8 - 0 9 2 9 面接 （当事業所 1 階相談室）
利用者苦情相談窓口	熊本県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4番10号 TEL 096-214-1101 FAX 096-214-1105

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあつた場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病 院 名 及 び 所 在 地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急時連絡先 （家族等）	氏 名 （続柄）	（ ）
	住 所	
	電話番号	

8 損害賠償・請求等

事業者は、サービス提供に伴って利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償致します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

当該訪問職員に対して、訪問中に、利用者又は家族が飼育されている動物等により危害を受けたり、受傷等に至った場合は、治療費等を請求させて頂く場合があります。

9 守秘義務および個人情報取り扱いについて

- ・訪問看護サービスを提供するに当たり、サービス担当者会議やカンファレンス等において、その家族背景や病状・病歴、その他必要な情報を用いることがあります。その他の状況に関しては、十分な守秘義務を遵守します。

- ・個人情報については、介護保険制度の利用およびサービスの提供上、必要な情報のみを取り扱うこととします。

- ・他事業所との連携や報告手段等については、直接面談ができない場合は、郵送又は電話やファックス等の通信手段を活用するものとする。

この場合、誤送信等がないようにマニュアルに沿って実施することを誓約します。

10 その他

事業者は、利用者及び家族からの不当なハラスメント・暴力行為等を受けた事が確認され場合や著しい不信行為により契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができることとします。

11 情報開示

事業者の概要・サービス内容について定期的に事業評価を行いお知らせをします。

同 意 書

(個人情報使用・緊急時訪問看護加算・特別管理加算)

令和 年 月 日

医療法人 成仁会
訪問看護ステーション ふれ愛 殿

☐ 私（利用者及びその家族）の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに同意します。

☐ 1, 私は、訪問看護ステーションふれ愛の24時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、緊急時訪問看護加算Ⅰを利用することに同意します。

※緊急時訪問看護加算Ⅰ（24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合で看護師以外の職員が連絡相談を担当する場合がある）

☐ 2, 私は、病気の状態から、_____の管理・相談が必要なため、特別管理加算を利用することに同意します。

この契約と同意を証するため、本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

令和 年 月 日

利用者	私は、以上の契約内容及び重要事項、利用料金、同意書について訪問看護ステーションふれ愛より説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認いたしました訪問看護サービスの利用に同意し申込みます。		
	住所		
	氏名		
	電話番号		

家族・身元引受人	私は、以上の契約内容及び重要事項、利用料金、同意書について訪問看護ステーションふれ愛より説明を受け、内容を確認しました。 私は、この契約書で確認いたしました訪問看護サービスの利用に同意します。		
	住所		
	氏名		
	電話番号		

令和 年 月 日

事業者	当事業者は、指定訪問看護事業所として、以上の契約内容及び重要事項、利用料金等について利用者へ説明しました。当事業者は、利用者の申込みを受諾し、この契約書に定めるサービスの提供を誠実に責任を持って行います。		
	住所	〒861-8041 熊本県熊本市東区戸島2丁目3番15号	
	名称	医療法人 成仁会 訪問看護ステーション ふれ愛 事業所番号 4360190062	
	代表者	理事長 上原 昌哉	
	説明者		
	電話番号	096-388-0929	FAX番号