

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、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（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社ALL地域リハネットワーク
主たる事務所の所在地	〒519-0504 伊勢市小俣町宮前197番地
代表者（職名・氏名）	代表取締役 大西 敦志
設立年月日	平成15年5月12日

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護リハビリステーション 手のひら	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒516-0051 伊勢市上地町5112-4	
電話番号	0596-20-6336	
指定年月日・事業所番号	平成17年10月1日指定	2462890076
管理者の氏名	田口 照美	
通常の事業の実施地域	伊勢市、鳥羽市、明和町、多気町、度会町、玉城町	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護（又は介護予防訪問看護）は、看護師、准看護師、保健師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「訪問看護職員」といいます）が、そのお宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。サービスの提供にあたっては主治医と連携をとり、指示のもと実施します。

- | | |
|------------------------|------------------|
| ①症状・障害の観察 | ⑥カテーテルなどの管理 |
| ②褥瘡予防及び処置 | ⑦療養生活及び介護法の指導 |
| ③リハビリテーション | ⑧ターミナルケア |
| ④療養上必要な清拭・洗髪などによる清潔の保持 | ⑨認知症患者の看護 |
| ⑤療養上必要な食事・排泄など日常生活の世話 | ⑩その他医師の指示による医療処置 |

曜 日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	(土曜日)
時間帯						
内 容						

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで（土曜日は予備日とする） ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始 （12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分 から 午後5時30分 まで ただし、必要に応じて、電話などにより24時間対応可能な体制を 整えるものとします。 [緊急連絡番号] 090-2262-0633 090-2579-4598

6. 事業所の職員体制

業務内容		常勤	非常勤	計
管 理 業 務	管 理 者	1		1
看 護	看 護 師	4	2	7
	准 看 護 師	1		
リ ハ ビ リ	理学療法士	5	3	14
	作業療法士		3	
	言語聴覚士		3	
事 務	事 務 員	1		1

7. 申し込みからサービス提供まで

居宅介護支援事業所及び担当の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は直接訪問看護ステーションにご相談ください。契約の上、訪問看護（又は予防訪問看護）を提供します。ご利用には、介護保険又は医療保険をお使いいただけます。サービスの提供にあたっては主治医と連携を取り、指示のもと実施します。

訪問看護を行う場合は主治医が交付する「訪問看護指示書」という書類が必要です。訪問看護指示書は主治医が利用者の病状や訪問看護の必要性を考慮し、1ヶ月から最長6ヶ月で交付することになっています。主治医が変更となる場合は訪問担当者へお知らせください。

8. 利用料

(1) 介護保険

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の負担割合証に応じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

【基本部分】

< 看護師が行う訪問看護 >

1回あたりの所要時間	基本利用料〈要介護〉 ※(注1・2)参照	基本利用料〈要支援〉 ※(注1・2)参照
20分未満	3,140円	3,030円
30分未満	4,710円	4,510円
30分以上1時間未満	8,230円	7,940円
1時間以上1時間30分未満	11,280円	10,900円

< 准看護師が行う訪問看護 >

1回あたりの所要時間	基本利用料〈要介護〉 ※(注1・2)参照	基本利用料〈要支援〉 ※(注1・2)参照
20分未満	2,830円	2,730円
30分未満	4,240円	4,060円
30分以上1時間未満	7,410円	7,150円
1時間以上1時間30分未満	10,150円	9,810円

< 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護 >

1回 20分	基本利用料〈要介護〉 ※(注1・2)参照	基本利用料〈要支援〉 ※(注1・2)参照
20分(毎)	2,940円	2,840円
1日2回を超える場合 1回	2,650円	

※理学療法士等の訪問は1週間に6回を限度とする

※訪問看護超過等減算の基準に該当するため1回につき80円減算となる

※要支援で12月を超えて行う場合は1回につき150円さらに減算となる

(注1) 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、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

【加算】

以下の要件を満たす場合、前記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件	加算額
		基本利用料
夜間・早朝、 深夜加算	夜間（１８時～２２時）又は早朝（６時～８時）にサービス提供する場合	前記基本利用料の２５％
	深夜（２２時～翌朝６時）にサービス提供する場合	前記基本利用料の５０％
複数名訪問加算	同時に複数の看護師等が１人の利用者に対して３０分未満の訪問看護を行った場合（１回につき）	２,５４０円
	同時に複数の看護師等が１人の利用者に対して３０分以上の訪問看護を行った場合（１回につき）	４,０２０円
長時間訪問看護加算	特別な管理を必要とする利用者に対して１時間３０分以上の訪問看護を行った場合（１回につき）	３,０００円
緊急時訪問看護加算 Ⅰ	利用者の同意を得て、利用者又はその家族等からの看護に関する相談に常時対応できかつ、必要に応じて緊急時訪問を行う体制を整えている場合（１月につき） ※当ステーションが体制を整えていることを評価する加算のため緊急訪問を行っていない月も料金は発生します	６,０００円
特別管理加算（Ⅰ）	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合（１月につき）	５,０００円
特別管理加算（Ⅱ）		２,５００円
ターミナルケア加算	利用者の死亡日前１４日以内に２日以上ターミナルケアを行った場合（当該月につき）	２５,０００円
初回加算（Ⅰ）	新規に訪問看護計画を作成し退院日当日に看護師が初回訪問した場合（１月につき）	３,５００円
初回加算（Ⅱ）	新規に訪問看護計画を作成し退院翌日以降に訪問看護を提供した場合（１月につき）	３,０００円
退院時共同指導加算	入院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文書により提出した場合（初回訪問の際に１回）２回を限度とする	６,０００円
看護・介護職員 連携強化加算	訪問介護事業所と連携し痰の吸引などが必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対して助言を行った場合（１月につき）	２,５００円

※保険料の滞納等により法定代理受理ができなくなった場合、一旦介護保険適用外として料金を頂き、当事業所よりサービス提供証明書を発行します。この証明書を、後日関係市町村に提出し、保険料を納付しますと差額の払い戻しを受けることができます。

（２）医療保険

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の１～３割※（注１）参照の額です。

（注１）後期高齢者医療制度 一般の方・・・・・・・・・・訪問看護に要する費用の１割
一定以上の所得の方・・・・・・・・訪問看護に要する費用の３割
健康保険 利用者の保険の種類により訪問看護に要する費用の２～３割

【基本部分】

名称	備考		基本利用料
訪問看護基本療養費	看護師	週３日まで	５，５５０円 /日
		週４日目以降	６，５５０円 /日
	准看護師	週３日まで	５，０５０円 /日
		週４日目以降	６，０５０円 /日
	理学療法士・作業療法士 ・言語聴覚士		５，５５０円 /日
訪問看護管理療養費	月の初日		７，６７０円
	２日目以降		３，０００円 /日
訪問看護ターミナルケア療養費			２５，０００円

【加算】

名称	基本利用料	名称	基本利用料
特別管理加算	２，５００円 /月	夜間（１８時～２２時） 早朝（６時～８時）加算	２，１００円 /回
	５，０００円 /月	深夜（２２時～６時）加算	４，２００円 /回
２４時間対応体制加算	６，８００円 /月	難病等複数回訪問加算 （①１日２回訪問） （②１日３回訪問）	①４，５００円/日
退院時共同指導加算	８，０００円		②８，０００円/日
退院支援指導加算	６，０００円	長時間訪問看護加算	５，２００円
複数名訪問看護加算	４，５００円	訪問看護情報提供療養費	１，５００円/月

※２４時間対応体制加算は当ステーションが２４時間対応の体制を整えていることを評価する加算のため緊急訪問を行っていない月にも料金は発生します

【差額費用】

以下の場合６０分毎に追加料金をお支払いください。

※時間外・休日・深夜（２２時～６時） ※２時間を超える訪問看護
時間外・休日・・・・・・・・１，５００円 営業時間内・・・・・・・・２，０００円
深夜・・・・・・・・・・２，０００円 時間外・休日・・・・・・・・３，５００円
深夜・・・・・・・・・・４，５００円

（３）交通費

離島へ訪問する場合は定期船運賃をお支払いください。

※訪問毎、訪問担当者へ現金でお渡しください。

通常の実施地域以外の地域へ訪問する場合は訪問毎に交通費をお支払いください。

※訪問利用料と合わせて請求いたします。

通常の実施地域を越えた地点から 1 k mあたり・・・1 5 円

（４）その他

日常生活上必要な物品、衛生材料等は実費相当額をお支払いください。

死後の処置料は 5, 0 0 0 円 をお支払いください。（保険適用外）

死亡診断時刻後の訪問は 5, 0 0 0 円 をお支払いください。（保険適用外）

（５）キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、利用者の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定の 1 時間前まで	不要
利用予定の 1 時間前未満	利用者負担金の全部 又は 一部

（６）支払い方法

上記（１）から（５）までの利用料（利用者負担分の金額）は、1 ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に差し上げます。

※口座振替の場合は「有限会社 A L L 地域リハネットワーク」という名称での取引です。

支払い方法	支払い要件等
融機関 口座からの引落	サービスを利用した月の翌月の 2 7 日（祝休日の場合は直後の平日）に、あなたが指定する金融機関口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月に、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに速やかに主治医へ連絡し、適切な措置を講じます。

1 0. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談をお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	0596-20-6336
	担当	管理者 / 田口 照美

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情 受付機関	三重県国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情処理係	電話番号 059-222-4165
	伊勢市・介護保険課	電話番号 0596-21-5560
	鳥羽市・健康福祉課	電話番号 0599-25-1186
	明和町・福祉課	電話番号 0596-52-7127
	多気町・健康福祉課	電話番号 0598-38-1114
	度会町・福祉保健課	電話番号 0596-62-2413
	玉城町・生活福祉課	電話番号 0596-58-8203

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
 - ・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所へご連絡ください。
- (4) 訪問車の駐車場所の確保をお願いします。

年 月 日

事業者が運営する事業所は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業所	介護保険指定番号	2462890076
所在地	三重県伊勢市上地町5112-4	
事業所名	訪問看護リハビリステーション 手のひら	
管理者名	田口 照美	印
説明者名		印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所
氏名	印

署名代行者（又は法定代理人）

住所	
氏名	印

本人との続柄