

1 法人の概要

名称・法人種別	医療法人 篠原湘南クリニック
代表者名	篠原 裕希
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県藤沢市鵠沼石上3-3-6 (電話) 0466-22-7111 (FAX) 0466-22-7112

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ひろき訪問看護ステーション
所在地・連絡先	(住所) 神奈川県藤沢市鵠沼石上3-3-6 (電話) 0466-55-3810 (FAX) 0466-55-3820
事業所番号	神奈川県 1462290062 号
管理者の氏名	小島 麻衣子

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種		人数(人)	区分	
			常勤(人)	非常勤(人)
管理者		1	1	
訪問看護員	看護師			
	准看護師			
	理学療法士	1		1
	作業療法士	4		4
	言語聴覚士			
事務職員等		1	1	

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	藤沢市(片瀬・鵠沼・辻堂・村岡・藤沢地区) 鎌倉市(腰越・津西・西鎌倉)
---------	---

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	月曜日～金曜日 ※祝日・年末年始(12月31日～1月3日)は休業致します。
営業時間	8:30～17:30 (サービス提供時間9:00～17:00)

3 サービスの内容

心身のリハビリを行いながら在宅生活をその人らしく送れる様、生活の質にスポットを当て援助させて頂きます。

4 費用

(1)医療保険対象サービス

利用者負担金は、医療保険各法の法定利用料に基づく金額です。

保険の種類によってご負担額が異なります。

(単位は円) 2024/6 改定

○訪問看護基本療養費	○訪問看護管理療養費	合計	1 割	2 割	3 割
週 3 回まで 5,550 (初日)	訪問看護療養費 1 7,670 (月の初日)	13,220	1,322	2,644	3,966
5,550 (2 日、3 日目)	訪問看護療養費 1 3,000	8,550	855	1,710	2,565
週 4 日以降 6,550	訪問看護療養費 1 3,000	9,550	955	1,910	2,865
難病等複数回訪問加算 1 日 2 回 4,500 1 日 3 回以上 8,000		4,500 8,000	450 800	900 1,600	1,350 2,400
緊急訪問看護加算 月 14 日目まで 2,650 月 15 日目以降 2,000		2,650 2,000	265 200	530 400	795 600
長時間訪問看護加算 5,200		5,200	520	1,040	1,560
複数名訪問看護加算 看護師 2 名 4,500 看護師+その他の職員 3,000		4,500 3,000	450 300	900 600	1,350 900
夜間・早朝訪問看護加算 2,100		2,100	210	420	630
深夜訪問看護加算 4,200		4,200	420	840	1,260
	24 時間対応体制加算 1 月 6,800	6,800	680	1,360	2,040
	特別管理加算 1 月 2,500 又は 5,000	2,500 又は 5,000	250 又は 500	500 又は 1,000	750 又は 1,500
	退院支援指導加算 6,000 退院支援指導加算(長時間) 8,400	6,000 8,400	600 840	1,200 1,680	1,800 2,520
	退院時共同指導加算 1 回 8,000 特別管理加算対象者 +2,000	8,000 10,000	800 1,000	1,600 2,000	2,400 3,000
	在宅患者連携指導加算 1 月 3,000	3,000	300	600	900

(単位は円) 2024/6 改定

○訪問看護基本療養費	○訪問看護管理療養費	合計	1 割	2 割	3 割
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算 月 2 回 2,000	2,000	200	400	600
	看護・介護職員連携強化加算 1 月 2,500	2,500	250	500	750
	専門管理加算 1 月 2,500	2,500	250	500	750
	訪問看護医療 DX 情報活用加算 1 月 50	50	5	10	15
訪問看護情報提供療養費 1, 2, 3 1 月 1,500		1,500	150	300	450
訪問看護ターミナルケア療養費 25,000		25,000	2,500	5,000	7,500
遠隔死亡診断補助加算 1,500		1,500	150	300	450
訪問看護ベースアップ評価 (Ⅰ) 月 1 回		780	78	156	234
訪問看護ベースアップ評価 (Ⅱ) 1～18 月 1 回		10～500	1～50	2～100	3～150

○その他料金	
・エンゼルケア料	13,000 円 (保険適応外)

(2) 交通費

2 の(3)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。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

ひろき訪問看護ステーション	相談員(責任者)	小島 麻衣子
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0
	電話番号	0 4 6 6 - 5 5 - 3 8 1 0

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

神奈川県国民健康保険団体 連合会（国保連）	所在地	神奈川県横浜市西区楠町 2 7 - 1
	電話番号	0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7
	F A X	0 5 7 0 - 0 3 3 1 1 0

6 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った場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）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	

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに、ご家族に連絡をします。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所のサービスにより、お客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。ただし、当事業所のサービス担当者に故意・過失がない場合はこの限りではありません。

【説明確認欄】

当事業者は、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。

年 月 日

事業者 ひろき訪問看護ステーション
所在地 神奈川県藤沢市鵜沼石上3-3-6

説明者氏名 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明を受け同意し
交付を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人（立会人） 住所 _____

氏名 _____ 印