

## 重要事項説明書（訪問看護サービス内容説明書）

利用者に対する訪問看護サービスの提供開始に当たり、厚生労働省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業者が利用者に説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション影法師
所在地	〒400-0814 甲府市上阿原町971-1 ケアタウン甲府東101号室
指定番号	1960190401
管理者・連絡先	根岸 さつき TEL 080-6554-6337
サービス提供地域	甲府市(南東包括支援センター及び甲府南包括支援センターエリア)

### 2. 当事業の運営方針

地域の各種サービス機関と連携をとりながら、要介護者及びその家族の健康の保持・増進と安心できる生活をサポートします。

### 3. ご利用事業所の職員体制

管理者 1名  
看護師 常勤 4名、 非常勤 2名

### 4. 営業時間

月、火、水、木、金 午前9時 ～ 午後5時  
(12月29日～1月3日及び祝日は休業とします。)

### 5. 担当の職員

利用者の担当スタッフは、以下の通りです。

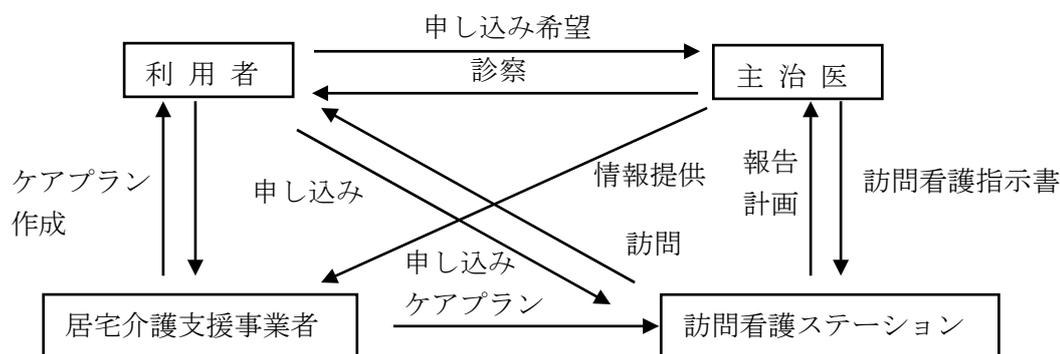
( )	看護師
( )	理学療法士
( )	作業療法士・言語聴覚士

上記の責任者は( 根岸 さつき )です。

### 6. ご利用日

曜日 時 分 より 分の訪問予定

## 7. サービス提供のシステム



- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明します。もし分からないことがあったら、いつでも担当職員にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービスの提供にあたっては、別紙訪問看護計画書に基づき、利用者の機能の維持回復を図るよう適切に実施いたします。
- ④ 利用者の訪問看護のサービス実施記録簿を作成しています。利用者及び家族はその実施記録簿の複写物の交付を受ける事が出来ますが、複写物にかかる費用はご負担いただきます。
- ⑤ 提供した訪問看護に関しては、利用者の健康手帳の医療の記録に必要な事項を記載します。
- ⑥ 訪問看護の提供開始に際しては、主治医の文書による指示に従います。
- ⑦ 事業者は主治医に対し、訪問看護計画書及び訪問報告書を提出します。

## 8. 緊急時の対応方法

\*状況に応じて連絡して下さい。

### ① かかりつけの医療機関

\_\_\_\_\_ 日中TEL \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ 夜間休日 \_\_\_\_\_

### ② 協力医療機関

\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

### ③ 救急車 119番

### ④ 看護ステーション影法師

平日時間内 ①080-6554-6337 (訪問看護ステーション)  
 夜間休日 ②携帯電話 (契約後ご希望に応じて対応します)

## 9. 利用料

訪問看護サービスの利用料は、次の通りです

### ① 訪問所要時間に応じて

(1 単位=10.21円)

20分未満	314 単位
30分未満	471 単位
30分以上1時間未満	823 単位
1時間以上1時間半未満	1,128 単位
理学療法士、作業療法士の場合・20分	294 単位
理学療法士、作業療法士の場合・40分 (20分×2回)	594 単位
理学療法士、作業療法士の場合・60分 (20分×3回)	815 単位

### ② サービス提供体制強化加算・・・ 訪問1回につき 6 単位

(若しくは1月につき50単位)

### ③ 緊急時訪問看護加算・・・ 1ヶ月 574 単位

24時間体制にあり計画的な訪問以外に必要な応じて、緊急訪問を行う場合に加算されますが、申し込みのみでも加算されます。

緊急時加算あり

緊急時加算なし

### ④ 特別管理加算 (I)・・・ 1ヶ月 500 単位 (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)

特別管理加算 (II)・・・ 1ヶ月 250 単位 (在宅酸素療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)

特別な管理を必要とする場合加算されます。

\*1時間30分以上の訪問看護をする場合

長時間訪問看護加算・・・ 1回につき 300 単位

### ⑤ ③・④を適用されている場合

早朝 (6:00~8:00)、夜間 (18:00~22:00) は、所定の単位数の25%、  
深夜 (22:00~6:00) は50%の加算となります。

### ⑥ 複数名訪問加算・・・ 30分未満 254 単位

30分以上 402 単位

利用者又はその家族の同意を得ている場合に、同時に2人の職員が1人の利用者に対して訪問看護を行ったときに加算

### ⑦ 初回加算・・・ 300 単位

### ⑧ 退院時共同指導加算・・・ 退院・退所につき1回 600 単位

### ⑨ 看護・介護職員連携強化加算・・・ 250 単位

### ⑩ 看護体制強化加算・・・ 300 単位

### ⑪ ターミナルケア加算・・・ 死亡月 2,500 単位

◎医療保険の適用となる場合

- 医師から特別指示書が発行された時、14日間
- 厚生労働大臣が定める疾病等
- 短期入所、グループホーム等入所中

交通費は、必要ありません。

通常の実施地域を超えた地点より1キロ当たり50円をいただきます。

- ① 訪問看護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として介護保険負担割合証に基づいて利用料をお支払いいただきます。
- ② 提供を受ける訪問看護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。

その他

死後の処置	20,000円 + 税
衛生材料等必要な場合	実費

※毎月の利用料は、翌月15日にご指定口座からお引き落としさせていただきます。

(他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください。)

※利用料については、法改正や消費税率が、変更となった場合には、自動的に修正されますので、ご了承ください。

## 10. キャンセル料

訪問看護サービスをキャンセルした場合には、

以下の通りのキャンセル料をいただきます。

前々日までのキャンセル：無料

前日のキャンセル：無料

サービス開始2時間前のキャンセル：利用料自己負担部分の100%

### 11. サービス実施状況に関する書類の交付

サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出ください。

### 12. 担当職員の変更

- ① 利用者はいつでも担当の訪問看護職員の変更を申し出ることができます。その場合当事業者は、訪問看護サービスの目的に反するなどの変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

- ② 当事業者は、担当の訪問看護職員が退職や配置替え等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問看護職員を変更することがあります。

### 1 3. 苦情申立窓口

当事業所

訪問看護ステーション 影法師	ご利用時間 平日 午前8時30分 ~ 午後5時30分 (土日祝日、12月30日PM~1月3日を除く) 電話080-6554-6337 FAX
-------------------	--

保険者等

笛吹市保健福祉部高齢福祉課	電話 055-262-1271
山梨市介護保険課	電話 0553-22-1111 (代表)
甲府市福祉部長寿介護課	電話 055-237-5473
	ご利用時間 平日 午前8時30分 ~ 午後5時15分 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く)
国民健康保険団体連合会 介護保険課苦情相談係	ご利用時間 平日 午前9時 ~ 午後5時 (土日祝日、12月29日~1月3日を除く) 電話 055-233-9201 FAX 058-275-7635

### 1 4. ハラスメント対策について

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は、契約を解除する場合があります。(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)

### 1 5. その他

1. スタッフが飲み物、お菓子、お礼や、品物等を受け取ることは、事業所として禁止していません。
2. 貴重品、金銭の管理は、ご利用者、ご家族で行ってください。スタッフが出入りする場所や時間帯に置くことは避けてください。
3. ペットは、ゲージ等に入れる等、ご協力をお願いいたします。

## 16. 当法人の概要

名称・法人種類	一般社団法人フォースケアジャパン
代表者名	代表理事 坂本 こずえ
所在地	山梨県山梨市下栗原1494-8
業務の概要	助産所の運営、訪問看護ステーションの運営
事業所と所在地	訪問看護ステーション影法師 山梨県甲府市上阿原町971-1 ケアタウン甲府東101号室

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、甲1に対して  
甲2  
サービス内容説明書及び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。

(乙) 居宅サービス事業者

所在地 山梨県山梨市下栗原1494-8

名 称 一般社団法人フォースケアジャパン 印

説明者 氏名 印

(甲) 私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

(甲1) 利用者 住所

氏名 印

(甲2) 上記代理人(代理人を選任した場合)

利用者とのご関係:

住所

氏名 印