

# 指定居宅サービス重要事項説明書(訪問看護サービス)

令和6年6月1日現在

利用者（利用者のご家族）が利用しようと考えている居宅サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容をご説明いたします。わかりにくいことがあれば、遠慮なくご質問ください。

## 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口について

電話 072-784-9987 / FAX 072-784-9937

|      |   |
|------|---|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>ただし国民の休日及び12/29から1/3までの日を除く |
| 営業時間 | 9時から17時30分まで                              |

## 2. 当事業所の法人概要について

|            |  |
|------------|--|
| 法人格・名称     | 社会福祉法人伊丹市社会福祉事業団   |
| 所在地        | 伊丹市広畑3丁目1番地  |
| 連絡先        | 電話 072-784-9987<br>FAX 072-784-9937  |
| 代表者（役職・氏名） | 理事長 増田 平   |
| 設立年月日      | 昭和63年2月 設立   |
| 事業内容       | 養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、老人デイサービスセンター、老人居宅介護等、障害福祉サービス、移動支援、看護小規模多機能型居宅介護、特定相談支援、居宅介護支援、訪問看護、訪問介護員養成研修事業、任意後見・成年後見・保佐及び補助等、地域包括支援センター、介護予防・日常生活支援総合事業 |

## 3. サービス内容および利用料金について

利用者に提供するサービスの内容および利用料金については重要事項説明書別紙をご参照下さい。

## 4. その他の費用について

|        |   |
|--------|---|
| キャンセル料 | ※サービス利用をキャンセルされる場合、ご連絡いただいた時間によりキャンセル料を請求させていただきます。<br>※ただし、利用者の当日の体調不良に伴う急な受診等の場合はキャンセル料は請求いたしません。<br>①前日17時30分までにご連絡の場合<br>⇒キャンセル料は不要です<br>②①に記載した時刻までにご連絡がない場合<br>⇒1回当たり3,000円の金額を請求いたします。 |
|--------|---|

|          |                         |
|----------|-------------------------|
| エンゼルケア料金 | 時間帯問わず一律 20,000円（保険対象外） |
|----------|-------------------------|

※エンゼルケアを必要とする場合は同意書に基づいて実施致します。

## 5. 料金の支払い時期と支払方法について

|                |  |
|----------------|--|
| 利用料、その他の費用の請求  | 利用料、その他の費用は、利用者負担がある場合に、利用の月ごとにその合計金額を請求いたします。   |
| 利用料、その他の費用の支払い | <p>①請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求月の26日までに、下記の方法によりお支払い下さい。</p> <p><input type="checkbox"/>利用者指定口座からの自動振替</p> <p>②お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p> |

## 6. 担当者の変更について

サービスを提供する担当者の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡下さい。利用者のご希望を尊重して調整を行いません。

ただし、利用者から特定の担当者の指名はできないことと、当事業所の人員配置などにより、ご希望に添えない場合もありますことをあらかじめご了承下さい。

## 7. 事業者の責務について

### (1) 居宅サービスの提供内容の記録について

利用者に提供したサービス提供の記録は、利用者の要介護認定等の満了日から5年間保管します。記録については、利用者とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

### (2) 秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、利用者やご家族に関して知り得た情報については、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で、利用者もしくはご家族の情報を使用する場合があります。この際には、あらかじめ利用者もしくはご家族に説明し同意を得たうえで使用します。

なお、利用者のご家族からの希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知をご家族にも行なうことも可能です。

### (3) 賠償責任について

①当事業所の責任において、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所は利用者とその損害を賠償いたします。

②当事業所は全国訪問看護事業協会の「訪問看護事業者保障制度」に加入しています。内容詳細についてお知りになりたい場合は、事務局までご連絡下さい。

(4) 感染対策、高齢者虐待防止、身体拘束適正化については職員全員が定期的な研修を受けサービスの質の向上に努めています。

## 8. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、ご家族及び利用者の主治医にご連絡するとともに、必要な対応を行ないます。その際、予め指定する連絡先にも連絡します。

## 9. 相談・苦情窓口

当事業所が提供するサービスについてご相談や苦情などがございましたら、つぎの窓口まで遠慮なくお申し出ください。

|               |  |
|---------------|--|
| 苦情受付担当者       | 氏 名 山中 千夏子<br>電話番号 072-784-0811<br>FAX 番号 072-784-9995<br>受付時間 9時から17時30分まで 月～金（祝日、休日及び年末年始を除く）  |
| 伊丹市社会福祉事業団事務局 | 伊丹市広畑3丁目1番地<br>電話番号 072-784-9987<br>FAX 番号 072-784-9937<br>受付時間 9時から17時30分まで 月～金（祝日、休日及び年末年始を除く） |
| 第三者委員         | 氏 名 深 川 啓 子<br>電話番号 072-782-3869<br>氏 名 弓 場 敬 子<br>電話番号 072-781-4848                             |

当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては下記の窓口でも受付けています。

|  |   |
|--|---|
| 伊丹市健康福祉部<br>地域福祉室<br>介護保険課             | 伊丹市千僧1丁目1番地<br>電話番号 072-784-8037<br>FAX 番号 072-784-8006<br>受付時間 9時から17時30分まで 月～金（祝日、休日及び年末年始を除く）                  |
| 兵庫県国民健康保険団体<br>連合会<br>介護サービス苦情相談窓<br>口 | 神戸市中央区三宮町1丁目9-1-1801号<br>電話番号 078-332-5617<br>FAX 番号 078-332-5650<br>受付時間 8時45分から17時15分まで 月～金<br>（祝日、休日及び年末年始を除く） |

## 10. 重要事項を説明した年月日

|                    |          |
|--------------------|----------|
| この重要事項説明書の説明場所・年月日 |          |
|                    | 令和 年 月 日 |

※なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、利用者にもその内容を文書にて通知し、口頭にてご説明します。

居宅サービスの提供開始にあたり、本重要事項説明書、および別紙重要事項説明書にもとづく重要な事項を利用者に対して説明しました。

事業者 所在地 伊丹市広畑3丁目1番地  
名称 社会福祉法人 伊丹市社会福祉事業団  
代表者 理事長 増田 平 印

説明者 所属 伊丹市訪問看護ステーション  
氏名 印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受けました。

(利用者)

住所  
氏名 印

(代理人)

住所  
氏名 印

# 訪問看護サービス重要事項説明書

## 1. 利用者に訪問看護サービスを担当する事業所について

|               |  |
|---------------|--|
| 事業所名          | 伊丹市訪問看護ステーション  |
| 所在地           | 伊丹市中野西1丁目141番地   |
| 連絡先           | 072-784-0811   |
| 管理者氏名         | 山中 千夏子   |
| 営業日・時間        | 月曜日から金曜日まで 9時から17時30分まで<br>ただし国民の休日及び12/29から1/3までの日を除く<br>ご希望により、24時間対応体制            |
| 事業所指定番号       | 2863390080   |
| 事業開始時期        | 平成12年4月1日  |
| サービスを提供する実施地域 | 伊丹市内   |
| 事業の目的・方針      | 訪問看護事業は、介護保険法令に従い療養の必要な利用者に対し、住み慣れた地域で快適な生活が送れるよう、お一人おひとりの状態に合わせた看護を目的としてサービスを提供します。 |

## 2. 当事業所の従業員について

(1) 当事業所の従業員は次のとおりです。

| 職 種    | 員数  | 業務内容      | 勤務体制                       |
|--------|-----|-----------|----------------------------|
| 管理者    | 1名  | 訪問看護事業の総括 | 常勤1名                       |
| 事務担当職員 | 1名  | 訪問看護に係る事務 | 常勤1名                       |
| 看護師等   | 20名 | 訪問看護業務    | 常勤9名、非常勤11名<br>(常勤換算13.3名) |

(2) 利用者に訪問看護サービスを提供する当事業所の従業員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及びお客様やご家族から求められた際は、いつでも提示をします。

## 3. サービス内容

利用者に対しては、次のサービスを、指定の時間帯に応じて提供します。なお、サービス提供にあたっては、主治医の指示を文書で受けたうえで、「訪問看護サービス計画」に沿って提供します。

| サービス種類              | サービス内容                                    |
|---------------------|---|
| 健康チェック              | 体温、脈拍、血圧等の測定をおこないます。                      |
| 医師の指示による医療的処理の実施    | 膀胱洗浄、カテーテルの管理、床ずれの予防・処置、吸引等の医学的処置をおこないます。 |
| 身の回りの介護方法についての指導と援助 | 食事・排泄の介助、清拭等の介助や介護方法の指導をおこないます。           |
| リハビリテーションの実施と相談     | 理学療法士が行うリハビリテーション以外の日常生活動作訓練をおこないます。      |
| 情報提供や調整             | 福祉施設等他機関との連絡調整をおこないます。                    |
| かかりつけの医師・医療機関への連絡調整 | 看護計画書・報告書の提出。連絡、指示受け等をおこないます。             |

#### 4. サービス利用料金表

① 利用者の介護予防訪問看護サービス利用料金（1回の利用者負担金）（円）

| 提供時間     | 20分未満 |     |     |       | 30分未満 |     |       |       |
|----------|-------|-----|-----|-------|-------|-----|-------|-------|
|          | 料金    | 1割  | 2割  | 3割    | 料金    | 1割  | 2割    | 3割    |
| 昼間       | 3,242 | 325 | 649 | 973   | 4,825 | 483 | 965   | 1,448 |
| 早朝<br>夜間 | 4,052 | 406 | 811 | 1,216 | 6,031 | 604 | 1,207 | 1,810 |
| 深夜       | 4,863 | 487 | 973 | 1,459 | 7,237 | 724 | 1,448 | 2,172 |

| 提供時間     | 30分以上<br>1時間未満 |       |       |       | 1時間以上<br>1時間30分未満 |       |       |       |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|
|          | 料金             | 1割    | 2割    | 3割    | 料金                | 1割    | 2割    | 3割    |
| 昼間       | 8,495          | 850   | 1,699 | 2,549 | 11,663            | 1,167 | 2,333 | 3,499 |
| 早朝<br>夜間 | 10,618         | 1,062 | 2,124 | 3,186 | 14,578            | 1,458 | 2,916 | 4,374 |
| 深夜       | 12,742         | 1,275 | 2,549 | 3,823 | 17,494            | 1,750 | 3,499 | 5,249 |

理学療法士・言語療法士・作業療法士が訪問した場合（1回20分未満）

| 提供時間 | 料 金   | 利用者負担1割 | 利用者負担2割 | 利用者負担3割 |
|------|-------|---------|---------|---------|
| 昼間   | 3,038 | 304     | 608     | 912     |

② 利用者の訪問看護サービス利用料金（1回の利用者負担金）（円）

| 提供時間     | 20分未満 |     |       |       | 30分未満 |     |       |       |
|----------|-------|-----|-------|-------|-------|-----|-------|-------|
|          | 料金    | 1割  | 2割    | 3割    | 料金    | 1割  | 2割    | 3割    |
| 昼間       | 3,359 | 336 | 672   | 1,008 | 5,039 | 504 | 1,008 | 1,512 |
| 早朝<br>夜間 | 4,198 | 420 | 840   | 1,260 | 6,298 | 630 | 1,260 | 1,890 |
| 深夜       | 5,038 | 504 | 1,008 | 1,512 | 7,558 | 756 | 1,512 | 2,268 |

| 提供時間     | 30分以上<br>1時間未満 |       |       |       | 1時間以上<br>1時間30分未満 |       |       |       |
|----------|----------------|-------|-------|-------|-------------------|-------|-------|-------|
|          | 料金             | 1割    | 2割    | 3割    | 料金                | 1割    | 2割    | 3割    |
| 昼間       | 8,806          | 881   | 1,762 | 2,642 | 12,069            | 1,207 | 2,414 | 3,612 |
| 早朝<br>夜間 | 11,007         | 1,101 | 2,202 | 3,303 | 15,086            | 1,509 | 3,018 | 4,526 |
| 深夜       | 13,209         | 1,321 | 2,642 | 3,963 | 18,103            | 1,811 | 3,621 | 5,431 |

理学療法士・言語療法士・作業療法士が訪問した場合（1回20分未満）

| 提供時間 | 料 金   | 利用者負担 1 割 | 利用者負担 2 割 | 利用者負担 3 割 |
|------|-------|-----------|-----------|-----------|
| 昼間   | 3,145 | 315       | 629       | 944       |

③加算料金

|              | 料 金          | 利用者負担 1 割   | 利用者負担 2 割   | 利用者負担 3 割   |
|--------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| 緊急時訪問看護加算    | 6,420 円/1 月  | 642 円/1 月   | 1,284 円/1 月 | 1,926 円/1 月 |
| 特別管理加算Ⅰ      | 5,350 円/1 月  | 535 円/1 月   | 1,070 円/1 月 | 1,605 円/1 月 |
| 特別管理加算Ⅱ      | 2,675 円/1 月  | 268 円/1 月   | 535 円/1 月   | 803 円/1 月   |
| 初回加算（Ⅰ）退院当日  | 3,745 円/1 回  | 375 円/1 月   | 749 円/1 月   | 1124 円/1 月  |
| （Ⅱ）退院翌日      | 3,210 円/1 回  | 321 円/1 月   | 642 円/1 月   | 963 円/1 月   |
| サービス提供体制強化加算 | 64 円/1 回     | 7 円/1 回     | 13 円/1 回    | 20 円/1 回    |
| 退院時共同指導加算    | 6,420 円/1 回  | 642 円/1 回   | 1,284 円/1 回 | 1,926 円/1 回 |
| ターミナルケア加算    | 26,750 円/1 回 | 2,675 円/1 回 | 5,350 円/1 回 | 8,025 円/1 回 |
| 訪問看護体制強化加算   | 3,210 円/1 月  | 321 円/1 月   | 642 円/1 月   | 963 円/1 月   |

注1) 今後この料金体系は変更する場合があります。その際は利用者に事前に文書をお渡しして、説明します。

注2) ①「介護予防訪問看護サービス」②「訪問看護サービス利用料金」表の「利用者負担料金」は「料金」の1割と2割と3割を例示しています。

注3) 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに行うものです。理学療法士等による訪問看護のみを利用する場合には、定期的に看護師による訪問看護を行い、状態の評価を行います。

注4) ③「加算料金」表の「緊急時訪問看護加算」とは、24時間連絡体制にある訪問看護サービスです。「特別管理加算」とは、利用者の疾病等が特別な管理が必要である場合の加算です。

注5) 平常の時間帯（午前8時から午後6時まで）以外の時間帯でサービスを行う場合は、次の割合で利用料金に割増料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲内であれば、介護保険給付の対象となります。

注6) ターミナルケア加算については状況に応じて必要時、説明の上で加算を頂きます。

| 提供時間帯 | 早 朝                  | 夜 間                   | 深 夜                   |
|-------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 時間帯   | 午前6時から午前8時迄<br>25%加算 | 午後6時から午後10時迄<br>25%加算 | 午後10時から午前6時迄<br>50%加算 |

注6) 利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額を一旦お支払いいただきます。要支援または要介護の認定を受けたあと、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

注7) 利用限度額を超えて利用される場合はサービス料金の全額をいただきます。