

訪問看護ステーションガラシアウイングス

重要事項説明書(介護保険)

当事業所は、_____様に対して訪問看護のサービスを提供いたします。事業所の運営に関する規程の概要や提供するサービスの内容など、契約上ご注意いただきたい重要な事項について、次のとおり説明いたします。

1. 事業所の概要

事業者の名称	株式会社ガラシア WINGS
事業者住 所	兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号
事業者名	代表取締役 濱口 一則
電話番号	06-4960-8020
事業所の名称	訪問看護ステーションガラシアウイングス
指定事業所番号	2863091118(尼崎市)
所在地	兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号
電話番号	06-4960-8042
サービス提供地域	尼崎市

(1) 営業時間

平 日	午前8:30 ~ 午後5:30
営 業 日	月曜日から金曜日 但し12/29~1/3は除く

(2) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管 理 者	看護師	1名	0名	1名
看 護 師	看護師	2名以上	2名	2.5名以上
理学療法士		0名	0名	0名
作業療法士		0名	1名	1名

2. 事業の目的・運営方針

(1) 目 的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを常時連絡できる体制で提供します。
訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

3. サービスの提供方針

- ① 訪問看護の提供に当たり、主治の医師の指示のもと利用者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
- ② 訪問看護の提供に当たり、職員の研修を実施します。
- ③ 事業の実施に当たり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービスの内容

- ①病状・障害・全身状態の観察
- ②清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③食事および排泄等日常生活の援助
- ④褥瘡の予防・処置
- ⑤リハビリテーション
- ⑥ターミナルケア
- ⑦認知症患者の看護
- ⑧療養生活や介護方法の指導
- ⑨カテーテル等の管理
- ⑩その他医師の指示による医療処置

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ご利用様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用様の要介護認定区分が、非該当と認定された場合
※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ご利用様が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用様は即座に契約を解約することができます。
- ・ご利用様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず14日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

<1ヶ月の利用料の目安>

$$\underline{1 \text{ 回訪問料金} \times \text{月回数 (円)}} + \text{【加算料金】} + \text{【保険外費用】} = \text{利用料金合計} \underline{1 \text{ カ月訪問看護費 (円)}}$$

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用様の負担になります。

6. キャンセル料金

① ご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡いただいた場合無料
② ご利用日の前営業日の午後5時までにご連絡がなかった場合、当該基本料金の50%

① 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月10日までに請求しますので、25日までにあらかじめ指定された方法でお支払いください。

7. 利用料金

訪問看護・介護予防訪問看護料金 (1 割負担)

2024. 4. 1

訪問看護	介護保険単位数（1 単位：10.70 円）		訪問看護費 要介護	1 割負担	訪問看護費 介護 予防	1 割負担
	20 分未満					

サービス提供体制強化加算（1回につき）	加算Ⅰ	6 単位／回	64 円 (6)
	加算Ⅱ	3 単位／回	32 円 (3)
看護体制強化加算		250 単位	2675 円 (267)
口腔連携強化加算（1ヶ月に1回）		50 単位	535 円 (53)

介護保険給付 対象外 利用料金

実費項目 (1回につき)	通常の事業の実施地域を越えて行う交通費（自動車・自動二輪車）	最寄りの駅までの料金
	通常の事業の実施地域を越えて行う交通費（公共の交通機関使用）	最寄りの駅までの料金
	駐車許可証の交付が認められない場合の駐車場代（自動車・自動二輪車使用）	実費
	実施記録の複写物交付	一枚につき 100 円（外税）
	週間予定外の代替訪問（週間予定外の営業日以外の訪問や家族都合等）	訪問看護料金＋ 1000 円（外税）
	死後の処置料（指定訪問看護と連続して行う場合）	11,000 円
	※このサービスは指定訪問看護とは別のサービスになります	
	おむつ代・エンゼルケアセットは原則として利用者様のご用意となります。（不足・緊急時・実費負担になります）	
	訪問看護時間が90分を超えた場合（保険適用とならない場合）	500 円（外税）/30 分毎

8. 守秘義務及び秘密の保持

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及び家族の秘密を保持します。また、退職後においてもこれらの情報を保守すべき旨に従業者との雇用契約の内容としています。但し、円滑にサービスを提供するために、主治医及び関係機関等に開示しなければならない情報については、事前に利用者または家族から文書にて同意を得た上で必要な個人情報を提供します。

9. 事業所の連絡窓口（相談・苦情・虐待・キャンセル連絡など）

TEL : 06-4960-8042

担 当 部 署 : 訪問看護ステーションガラシアウイングス

担 当 者 : 平野 マリ子

受 付 時 間 : 午前8:30～午後5:30

※担当者が不在の場合は、窓口対応者が苦情相談記録表を作成し担当者へ引き継ぎます。

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

【市町村（保険者）の窓口】 尼崎市役所健康福祉局 法人指導課	所 在 地 尼崎市東七松町1丁目23番1号 電話番号 06-6489-6143(直通) ファックス番号 06-6482-3512 (直通) 受付時間 9:00～17:30(土日祝は休み)
【公的団体の窓口】 兵庫県国民健康保険団体連合会	所 在 地 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801 電話番号 078-332-5617 受付時間 8:45～17:15 (土日祝は休み)

10. 緊急時の対応方法

- ① サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合は、速やかに市区町村、関係医療機関、利用者の家族等に連絡し、必要な措置を行います。
- ① サービス提供に際し利用者に賠償すべき事故が発生した場合は、その損害を賠償します。但し、利用者側に重大な過失がある場合は協議の上、損害賠償額を減額又は免責できるものとします。

主 治 医	医療機関名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご 家 族	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	
主治医・ご家族などへの 連 絡 基 準		

【事 業 者】 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号
株式会社ガラシア WINGS
代表取締役 濱口 一則 印

【事 業 所】 兵庫県尼崎市小中島2丁目17番1号
訪問看護ステーションガラシアウイングス
管理者 平野 マリ子
(指定番号 2863091118)

説明担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者 (代理人)

私は、本人の契約意思を確認し署名代行いたしました。

続 柄： _____ 代行理由： _____

住 所 _____

氏 名 _____

訪問看護加算同意書（介護保険）

☐ 特別管理加算 加算開始日 年 月 日

特別な管理を要する利用者に対して、計画的な管理を行った場合に加算されます。

特別管理加算（Ⅰ） 500 単位 (重症度が高い)	特別管理加算（Ⅱ） 250 単位
在宅悪性腫瘍患者指導管理 在宅気管切開患者指導管理 気管カニューレを使用している状態 留置カテーテルを使用している状態	在宅自己腹膜灌流指導管理・在宅酸素療法指導管理 在宅血液透析指導管理・在宅中心静脈栄養法指導管理 在宅成分栄養経管栄養法指導管理・在宅自己導尿管理 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理・在宅自己疼痛管理指導管理 在宅肺 高血圧症患者指導管理 人工肛門、人工膀胱を設置している状態 真皮を超える褥瘡の状態 点滴注射を週3回以上行う必要があると認められる状態

☐ 初回加算（Ⅰ） [350 単位] 加算開始日 年 月 日

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の訪問看護師が初回の指定訪問看護を行った場合に加算されます。

☐ 初回加算（Ⅱ） [300 単位] 加算開始日 年 月 日

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合に加算されます。

☐ 退院時共同指導加算 [600 単位] 加算開始日 年 月 日

病院、診療所を退院又は介護老人保健施設を退所前に、在宅生活について、カンファレンスを行った場合、退院、退所後の初回訪問看護の際に1回（特別な場合は2回）加算されます。

☐ 緊急時訪問看護加算（Ⅰ） [600 単位/月] 加算開始日 年 月 日

利用者又はその家族から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある。緊急時訪問ができる場合に加算されます。

☐ 緊急時訪問看護加算（Ⅱ） [574 単位/月] 加算開始日 年 月 日

利用者又はその家族から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にある場合に加算されます。

☐ 口腔連携強化加算 [50 単位/回] 加算開始日 年 月 日

事業所の従業員が、口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合に1月1回に限り加算されます。

☐ 看護・介護職員連携強化加算 [250 単位] 加算開始日 年 月 日

訪問介護事業所と連携し、痰の吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護職員に対する助言等の支援を行った場合（介護予防は対象外）に加算されます。

☐ ターミナルケア加算 [2500 単位/死亡月] 加算開始日 年 月 日
在宅で死亡した利用者（介護予防は対象外）について、死亡日及び死亡日前14日以内に
2日（回）以上、看取りの看護を行った場合に加算されます。（ターミナルケア後、24時間
以内に在宅以外で死亡した場合を含む）

☐ 長時間訪問看護加算 [300 単位] 加算開始日 年 月 日
特別管理加算の対象となる利用者に対して、1時間30分の訪問看護を行った後に引き続き
訪問看護を行う場合で、通算した時間が1時間30分以上となるとき、1回の訪問看護につ
き加算されます。

☐ 複数名訪問加算 [30分未満：254単位、30分以上：402単位] 加算開始日 年 月 日
下記のいずれかの条件を満たし、1つの事業所から同時に複数の看護師等が1人の利用者に
訪問看護を行ったときに加算されます。

- ① 利用者の身体的理由により、1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合
- ② 暴力行為、迷惑行為等が認められる場合
- ③ その他利用者の状況等から判断して、上記①②に準ずると認められる場合

☐ サービス提供体制強化加算（Ⅰ）[6単位/回] 加算開始日 年 月 日
勤続年数7年以上の職員を30%以上配置などの要件を満たしている場合。1回の訪問看護
につき加算されます。

☐ サービス提供体制強化加算（Ⅱ）[3単位/回] 加算開始日 年 月 日
勤続年数3年以上の職員を30%以上配置などの要件を満たしている場合。1回の訪問看護
につき加算されます。

年 月 日

（事業者） 株式会社ガラシア WINGS

（事業所） 訪問看護ステーションガラシアウイングス

私(利用者及びその家族)は、訪問看護サービスの料金表と加算の同意書を受領し、説明を受け、
必要に応じ加算する事に同意します。

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人及び立会人

住所 _____

氏名 _____