

訪問看護サービス 重要事項説明書

＜2024年12月1日現在＞

1 当訪問看護ステーションが提供するサービスについての相談窓口

電話番号 (03-5318-3701)

管理者 小杉 夏江

2 訪問看護事業者の概要

法人名称	社会福祉法人 南東北福祉事業団
代表者氏名	理事長 渡邊 貞義
所在地 / 連絡先	福島県郡山市日和田町梅沢字丹波山3-2

3 訪問看護事業所（訪問看護ステーション）の概要

(1) 提供できるサービスの種類と地域

事業所名称	訪問看護ステーション 江古田の森
所在地	東京都中野区江古田3丁目14番19号
事業所番号	訪問看護・介護予防訪問看護（東京都1361490079号）
サービスを提供する地域	中野区全域、練馬区（豊玉北1丁目～6丁目、豊玉中1丁目～4丁目、豊玉南1丁目～3丁目、中村北1丁目～4丁目、中村1丁目～3丁目、中村南1丁目～3丁目、旭丘1丁目～2丁目、小竹町1丁目、豊玉上1丁目～2丁目、栄町、桜台1丁目、桜台4丁目、練馬1丁目、練馬3丁目） 新宿区（西落合1丁目～4丁目）

(2) 職員体制と職務内容

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理者	看護師	1名	0名	従事者の管理及び業務の一元的な管理	1名
訪問看護	看護師	名	名	訪問看護サービスの提供	名
リハビリ	理学療法士 作業療法士	名	名	訪問リハビリテーションサービスの提供	名

(3) サービスの営業日・時間

営業日	月～土 午前9時～午後5時30分
休日	日曜、祝日、年末年始（12月31日～1月3日）

*上記の通常時間帯以外でも、ご希望の日時がある場合はご相談下さい。

4 運営方針およびサービス内容

- 当訪問看護ステーションは介護保険法、健康保険法等の関係法令、契約書に基づいて、医師の「訪問看護指示書」及び居宅介護支援専門員の「居宅サービス計画」に従って訪問看護サービスを提供します。
- サービスは、医師の「訪問看護指示書」に基づいて作成する「訪問看護計画書」に沿って提供します。
- 看護（清拭・入浴介助・排泄ケア・終末期ケア・認知症ケア・栄養管理・健康相談・病状管理・介護相談・指導等）
- リハビリテーション（入院や寝たきりによる体力低下の予防と改善、日常生活を円滑に行うための練習、住宅改修や福祉用具についてのご相談、関連職種との連携など）
- 医師の指示のもとでの医療処置の援助（経管栄養チューブの管理・気管切開部の処置・人工呼吸器の管理・人工肛門の管理・膀胱留置カテーテルの管理・点滴管理・在宅酸素療法管理・褥創（床ずれ）の予防と処置など）
- リハビリテーションを中心とした訪問の場合、その訪問は看護業務の一環となり、看護職員等が訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせ定期的に訪問し、利用者の状態について適切な評価を行います。また訪問看護計画書および訪問看護報告書については連携し作成します。
- 当訪問看護ステーションでは、利用者の人権の擁護、虐待の防止、身体拘束の適正化、感染防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、担当職員に対し、研修を実施するなど必要な措置を講じ、利用者の意思及び人格を尊重したサービスに努めます。

5 サービス提供の記録及び訪問看護計画書の作成

- サービス提供の記録は電子媒体によるものとし、利用者及び身元引受人等が印刷物による受領を希望する場合には後日発行します。
- 訪問看護計画書には、療養上の目標や目標達成のためのサービス内容を記載し、利用者及び身元引受人等に説明し、同意を得るものとします。

6 利用料金

- 利用料金は別紙の通りです。
- 利用料金は、当月分の請求書に明細書を添付して翌月20日までに発送しますので、当該料金をその月の27日に原則口座振替でお支払いいただきます。
- 料金の支払いを確認し領収書を発行します。
- 前記3の（1）の地域以外の方は、訪問の際の交通費の実費が必要です。

7 キャンセルや利用時間の変更

- (1) サービスの利用を中止する際や、急な時間の変更などは、すみやかに次の連絡先までご連絡下さい。

連絡先（電話）：日中・夜間 （ 03-5318-3701 ）

上記番号につながらない場合 （ 03-5318-3716 ）

8 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は、身元引受人や、居宅介護支援事業所、市区町村等に連絡をするとともに必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を行いません。但し、当事業所の責に帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

9 虐待防止のための措置

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

○虐待防止に関する責任者 [氏 名] 小杉 夏江 [職名] 管理者

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備します。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (5) 利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに虐待を受けている恐れがあった場合にはただちに防止策を講じ区市町村へ報告します。

10 ハラスメント防止のための措置

事業所は、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって、業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより、担当職員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

11 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する施設サービスの提供を継続的に実施するための及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下、「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 事業所は、担当職員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

12 感染症の予防及びまん延の防止のための措置

事業所は感染症の予防及びまん延の防止の為、次の措置を実施します。

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、担当職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 担当職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

13 電磁的記録等

- (1) 事業所及び担当職員は、作成、保存、その他これらに類するもののうち、書面（書面、書類、文書、謄本、抄本、副本その他文字、図形等、人の知覚によって認識する事ができる情報が記載された紙その他の有体物をいう。）で行う事が規定されている又は規定されるものについては、書面に代えて、当該書面に係る電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他、人の知覚によっては認識する事ができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）により行う事ができるものとします。
- (2) 事業所及び担当職員は、交付、説明、同意、承諾その他これらに類するもの（以下「交付等」という。）のうち、書面で行う事が規定されている又は想定されるものについては、当該交付等の相手方の承諾を得て、書面に代えて、電磁的方法（電子的方法、磁気的方法その他、人の知覚によって認識することができない方法）による事ができるものとします。

14 苦情対応

- (1) 利用者及び身元引受人等から苦情の申し出があった場合には速やかに、また適切に対応させていただきます。
- (2) 利用者及び身元引受人等が苦情申立機関に苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益・不公平な対応はいたしません。

＊第三者評価の実施状況；未実施

担当者	名前	対応時間 および 住所	電話番号
訪問看護ステーション 江古田の森	小杉 夏江	月～土曜 9:00～17:30	03-5318-3701
第三者委員	渡部 弘一	福島県郡山市安積町荒井字萬海24-4	024-945-5513
〃	山田 京子	福島県郡山市大槻町字原ノ町3-2	024-961-5422
〃	石田 宏寿	福島県郡山市開成3-13-14	024-932-3031
〃	涌井 久美子	東京都中野区大和町2-47-10	03-3330-1953

他 関係機関名	電話番号
中野区 地域支えあい推進部 介護・高齢者支援課 介護事業者係	03-3228-8878
練馬区 保健福祉サービス苦情調整委員事務局	03-3993-1344
東京都国民健康保険連合会 介護福祉部介護相談指導課相談窓口担当	03-6238-0177

15 その他；サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意下さい。

- (1) 原則看護師等は、現金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いはできません。
- (2) 看護サービスで訪問する看護師等は、介護保険法・健康保険法等制度上、利用者の心身の機能の維持・回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。
- (3) 月1回健康保険証及び介護保険証、医療証の確認をさせていただきます。必要時、提示を求める場合がありますのでご了承下さい。
- (4) 看護師等に対する贈り物や飲食等のおもてなしは、ご遠慮させていただきます。

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業所 訪問看護ステーション 江古田の森
所在地 東京都中野区江古田3丁目14番19号
管理者 小杉 夏江

印

説明担当者

●上記6の(4)「交通費の支払い」に関して、同意(☐ する ☒ しない)

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

<利 用 者>

氏名

(代筆者)

(代筆理由)

)

4

＜身元引受人＞

氏名

(続柄

)

＜連帯保証人＞

氏名

(続柄

)

実費・加算 同意書

介護保険（負担割合 1 割・2 割・3 割）

- | | | | |
|--|---------|------------|---|
| ☐ 緊急時訪問看護加算 | 【月 1 回】 | 600 単位 | 円 |
| ☐ 特別管理加算（Ⅰ・Ⅱ） | 【月 1 回】 | 500/250 単位 | 円 |
| ☐ 長時間訪問看護加算 | | 300 単位 | 円 |
| ☐ 複数名訪問看護加算（Ⅰ） | | 254/402 単位 | 円 |
| ☐ 退院時共同指導加算 | | 600 単位 | 円 |
| ☐ 看護・介護職員連携強化加算 | | 250 単位 | 円 |
| ☐ 口腔連携強化加算 | 【月 1 回】 | 50 単位 | 円 |
| ☐ ターミナルケア加算 | | 2,500 単位 | 円 |

医療保険（負担割合 1 割・2 割・3 割）

- | | | | |
|---|-----------|-------------------|---|
| ☐ 24 時間対応体制加算 | 【月 1 回】 | 6,800 円 | 円 |
| ☐ 特別管理加算（Ⅰ・Ⅱ） | 【月 1 回】 | 5,000 円/2,500 円 | 円 |
| ☐ 長時間訪問看護加算 | 【週 1 回】 | 5,200 円 | 円 |
| ☐ 複数名訪問看護加算 | 【週 1 回】 | 4,500 円 | 円 |
| ☐ 退院時共同指導加算 | | 8,000 円 | 円 |
| ☐ 在宅患者連携指導加算 | 【月 1 回】 | 3,000 円 | 円 |
| ☐ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 【月 2 回まで】 | 2,000 円 | 円 |
| ☐ 訪問看護情報提供療養費（1・2・3） | | 1,500 円 | 円 |
| ☐ ターミナルケア療養費（1・2） | | 25,000 円/10,000 円 | 円 |

実費

- | | | | | | | | |
|---|----------|---|---|---|---|-----|---|
| ☐ 交通費（片道 1 キロにつき 50 円） | キロ＝ | 円 | × | 2 | ＝ | 1 回 | 円 |
| ☐ 緊急訪問時 タクシー代 | （実費） | | | | | | |
| ☐ 永眠時のケア | 22,000 円 | | | | | | |

＜事業所の名称＞ 訪問看ステーション 江古田の森
＜所在地＞ 東京都中野区江古田 3 丁目 1 4 番 1 9 号
＜介護保険指定番号＞ 1361490079
＜管理者＞ 小杉 夏江 印
＜説明者＞

上記の加算および実費について説明を受け同意いたします。

年 月 日

＜利 用 者＞ 氏名 _____)
(代筆者 _____)
(代筆理由 _____)

＜身元引受人＞ 氏名 _____ (続柄 _____)

＜連帯保証人＞ 氏名 _____ (続柄 _____)

実費訪問看護計画書

※ 訪問期日 年 月 日

※ 訪問時間 時 分 ～ 時 分

※ 訪問目的 _____

＜料金設定＞

医療保険外となる訪問	難病以外の 1 日複数回訪問や週 3 回以上の訪問 (頻回に医療処置が必要な時や、不安があつて様子をみて欲しいなど)	1 時間 5,500 円 以後 30 分毎に 3,000 円
見守り看護	ご家族が不在になる時の自宅での見守り	1 時間 5,500 円 以後 30 分毎に 3,000 円
外出への同行	ご希望の場所への同行 (病院受診付添い・美術館・買物・散歩など) *但し、公用車での送迎は致しません	1 時間 5,500 円 以後 30 分毎に 3,000 円
旅 行	日帰り旅行や宿泊旅行の同行 *但し、同行看護師の交通費・宿泊費・飲食代などは利用者負担となります	日帰り 1 日 10,000 円 宿泊 1 日 10,000 円
貸し出し	吸引器の貸し出し	週 500 円

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1 通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

契約者氏名

＜事 業 所＞ 東京総合保健福祉センター江古田の森
 訪問看護ステーション 江古田の森

＜事業所番号＞ 1361490079

＜住 所＞ 東京都中野区江古田 3 丁目 14 番 19 号

＜管 理 者＞ 小杉 夏江 印

私は事業者より、実費訪問看護についての説明を受け承諾し、契約いたします。

＜利 用 者＞ 住所 〒

氏名 _____)
(代筆者
(代筆理由 _____)

＜身元引受人＞

氏名 _____ (続柄 _____)

＜連帯保証人＞

氏名 _____ (続柄 _____)