

No. _____

重要事項説明書
(指定訪問看護・介護予防訪問看護)

利用者氏名 _____ 様

事業所名 あすか訪問看護ステーション

サテライト名 あすか訪問看護ステーション 都立大学

医療法人社団 明日佳

1 事業者概要

事業者の名称 医療法人社団 明日佳
法人代表者氏名 理事長 大矢 正俊
法人所在地 東京都町田市能ヶ谷4丁目7番13号 リジエール鶴川1階
電話番号 042-860-3088 (FAX 042-708-0206)
設立年月日 平成8年8月21日
ホームページ <https://asuka-group.jp>

2 事業所概要

事業所の名称 ①あすか訪問看護ステーション
②あすか訪問看護ステーション 都立大学
事業所の住所 ①東京都町田市能ヶ谷6丁目2番50号
②東京都目黒区柿の木坂1丁目17番9号
営業日 月曜日から金曜日（休日：土曜、日曜、祝祭日、12/30～1/3）
営業時間 午前8時30分から午後17時30分
電話番号 ①042-708-0205 (FAX 042-708-0206) ②03-6421-2366 (FAX 03-6421-3031)
指定事業所番号 1363290535 号 (令和2年10月1日指定)

3 事業所の責任者

管理者氏名 中村 僚子（正看護師 あすか訪問看護ステーション 看護師兼務）

4 事業実施地域

あすか訪問看護ステーション が通常業務を実施する地域

東京都町田市、多摩市、稲城市、神奈川県川崎市麻生区、横浜市青葉区奈良町、奈良1～5丁目

あすか訪問看護ステーション 都立大学が通常業務を実施する地域

世田谷区 深沢・等々力・奥沢・玉川田園調布・尾山台・中町・新町・駒沢・上馬・野沢・三軒茶屋・下馬・上野毛・東玉川

目黒区 柿の木坂・八雲・東が丘・平町・中根・自由が丘・緑が丘・大岡山・南・碑文谷・洗足・原町・目黒本町・鷹番・中央町・五本木・中町・祐天寺・下目黒・目黒・中目黒・上目黒・東山

大田区 田園調布・田園調布本町・雪谷大塚町・石川町・北千束・南千束・東雪谷・上池台・南雪谷

品川区 小山台・小山・荏原・西中延・旗の台

介護保険ご利用の方は当該地域内では交通費はサービス料金に含まれています。

地域外でのサービスにおいては料金表に定めている交通費がかかります。

5 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業の適切な運営及び利用者に対する適切な指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供を目的とします。

(2) 運営方針

訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養ができるように努めます。

6 従業員

職種	従事する業務内容	人員			
		常勤	非常勤	計	常勤換算
管理者	職員及び施設管理業務	1名		1名	
看護師	サービス利用受付 訪問看護計画作成 訪問看護サービス提供	4(4)名	0(0)名	8名	6.0名
准看護師		0(0)名	0(0)名	0名	
理学療法士		2(1)名	4(2)名	9名	5.2名
作業療法士		0(0)名	2(1)名	3名	1.0名
事務職員	請求業務、電話対応、連絡業務	2(0)名	1(0)名	3名	2.5名

() 内はサテライト職員数の合算数

7 サービス内容

- ・療養上の世話、服薬管理、援助、食事・栄養及び排泄など清潔管理、指導、ターミナルケアなど
- ・診療の補助（褥瘡の予防・処置、カテーテル管理などの医療処置）
- ・リハビリテーションに関すること

当訪問看護ステーションからの理学療法士、作業療法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り、看護職員の代わりに訪問させていただきます。

- ・家族の支援に関すること（家族への療養上の指導・相談、家族の健康管理）

8 訪問看護の提供方法

(1) サービスの提供の申込み、依頼、ご相談

お申し込み後、弊社職員が事前にお伺いをしてご説明します。ご利用者様が主治医に訪問看護の利用の意思を申し出て、利用する訪問看護ステーションに交付した訪問看護指示書と訪問看護計画書作成と同時に契約を結んだ後、訪問看護サービスの提供を開始します。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にご相談ください。

(2) 重要事項の説明・サービス提供のご契約・ご利用者様の状態を把握（評価）

ご利用に関わる重要事項の説明をし、ご了承を頂いてからご契約を交わさせていただきます。また指示書の内容、ご利用者様の状態を把握しご希望を伺います。

(3) 訪問看護計画の作成、同意・交付

居宅サービス計画書（ケアプラン）を基に訪問看護計画を作成し、同意を得て、交付します。

(4) 訪問看護サービスの提供

訪問看護計画に沿ってサービスを提供致します。

(5) 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

終了する日の3営業日前にご連絡ください。

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、当事業所からサービスを終了させていただく場合がございます。その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知します。

③自動終了（以下に該当する場合は、通知が無く自動的にサービスが終了します）

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険の要介護認定区分が非該当（自立）となった場合。（医療保険の訪問看護可能）
- ・ご利用者様が亡くなられた場合

④契約解除

- ・契約書に記載されているご利用者様の契約解除権の要件を満たしている時
- ・契約書に記載されている当事業所の契約解除権の要件を満たしている時

9 利用料金

【介護保険による訪問看護】

①利用対象者：介護保険認定を受けている**要介護**の被保険者

○看護師・保健師・准看護師による訪問（准看護師は下記単位数に 90/100 を乗じた単数で計算する）

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
20 分未満	314 単位	3,579 円	357 円	715 円	1,073 円
30 分未満	471 単位	5,369 円	536 円	1,073 円	1,610 円
30 分以上 1 時間未満	823 単位	9,382 円	938 円	1,876 円	2,814 円
1 時間以上 1 時間半未満	1,128 単位	12,859 円	1,285 円	2,571 円	3,857 円

○理学療法士等による訪問

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
1 回(20 分) (週に 6 回が限度となる)	294 単位	3,351 円	335 円	670 円	1,005 円
2 回(40 分)	588 単位	6,703 円	670 円	1,340 円	2,010 円
3 回(60 分)	795 単位	9,063 円	906 円	1,812 円	2,718 円

※1 日に 2 回を超えて訪問を行った場合、上記単位数に 90/100 を乗じた単位数・料金となります。

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が、看護職員の訪問回数を超えている場合、8 単位/1 回減算となります。《8 単位/1 回減算の場合》

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
1 回(20 分) (週に 6 回が限度となる)	286 単位	3,260 円	326 円	652 円	978 円
2 回(40 分)	572 単位	6,520 円	652 円	1,304 円	1,956 円
3 回(60 分)	771 単位	8,789 円	878 円	1,757 円	2,636 円

○各種加算

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
サービス提供体制強化加算	3 単位	34 円	3 円	6 円	10 円
初回加算（Ⅰ）	350 単位	3,990 円	399 円	798 円	1,197 円
初回加算（Ⅱ）	300 単位	3,420 円	342 円	684 円	1,026 円
長時間訪問看護加算	300 単位	3,420 円	342 円	684 円	1,026 円
複数名訪問加算（30 分未満） （30 分以上）	254 単位 402 単位	2,895 円 4,582 円	290 円 459 円	579 円 917 円	869 円 1,375 円
退院時共同指導加算	600 単位	6,840 円	684 円	1,368 円	2,052 円
緊急時訪問看護加算	574 単位	6,544 円	654 円	1,309 円	1,963 円
特別管理加算（Ⅰ）	500 単位	5,700 円	570 円	1,140 円	1,710 円
特別管理加算（Ⅱ）	250 単位	2,850 円	285 円	570 円	855 円
ターミナルケア加算	2,500 単位	28,500 円	2,850 円	5,700 円	8,550 円

※夜間(18:00～22:00)・早朝(6:00～8:00) 所定単位数の 1.25 倍 深夜(22:00～6:00)所定単位数の 1.5 倍

※「初回加算」利用開始月に 1 回、または 2 か月以上訪問中止後、再開された月に 1 回のみ算定されます。

※「特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）」厚生労働大臣が定める状態の方が対象になります。

※上記加算はご本人様、ご家族様の同意が必要な加算もあります。

○利用料金の算出方法 【地域区分単価】目黒区（特別区）1 単位当たり 11.40 円

ひと月合計単位数（訪問時間単位+加算単位）×地域区分単価=費用合計

費用合計-（費用合計×【負担割合 0.9(1 割)または 0.8(2 割)または 0.7(3 割)】+保険外費用=利用者負担額

○ひと月のサービス料金の目安（ひと月 4 週での計算）

費用合計 _____ 円 - （費用合計 × 0. ____） + 保険外 _____ 円 = _____ 円

○料金のお支払いは、口座振替とさせていただきます。

料金は月末締め合計料金を、翌月 27 日にご指定の口座によりお引き落としさせていただきます。

口座振替ができない場合は、口座振込とさせていただきます。振込手数料は、自己負担とさせていただきます。

②利用対象者：介護保険認定を受けている**要支援**の被保険者

○看護師・保健師・准看護師による訪問（准看護師は下記単位数に 90/100 を乗じた単数で計算する）

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
20 分未満	303 単位	3,454 円	345 円	690 円	1,036 円
30 分未満	451 単位	5,141 円	514 円	1,028 円	1,542 円
30 分以上 1 時間未満	794 単位	9,051 円	905 円	1,810 円	2,715 円
1 時間以上 1 時間半未満	1,090 単位	12,426 円	1,242 円	2,485 円	3,727 円

○理学療法士等による訪問

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
1 回(20 分) (週に 6 回が限度となる)	284 単位	3,237 円	323 円	647 円	971 円
2 回(40 分)	568 単位	6,475 円	647 円	1,295 円	1,942 円

※利用開始日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問看護行った場合、1 回につき 15 単位の減算となります。訪問期間は、利用開始日から 1 年となります。

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が、看護職員の訪問回数を超えている場合、8 単位/1 回減算となります。《8 単位/1 回減算の場合》

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
1 回(20 分) (週に 6 回が限度となる)	276 単位	3,146 円	314 円	629 円	943 円
2 回(40 分)	552 単位	6,292 円	629 円	1,258 円	1,887 円

○各種加算

	単位数	基本料金(10 割)	負担額(1 割)	負担額(2 割)	負担額(3 割)
サービス提供体制強化加算	3 単位	34 円	3 円	6 円	10 円
初回加算（Ⅰ）退院日訪問	350 単位	3,990 円	399 円	798 円	1,197 円
初回加算（Ⅱ）	300 単位	3,420 円	342 円	684 円	1,026 円
長時間訪問看護加算	300 単位	3,420 円	342 円	684 円	1,026 円
複数名訪問加算（30 分未満）	254 単位	2,895 円	290 円	579 円	869 円
（30 分以上）	402 単位	4,582 円	459 円	917 円	1,375 円
退院時共同指導加算	600 単位	6,840 円	684 円	1,368 円	2,052 円
緊急時訪問看護加算	574 単位	6,544 円	654 円	1,309 円	1,963 円
特別管理加算（Ⅰ）	500 単位	5,700 円	570 円	1,140 円	1,710 円
特別管理加算（Ⅱ）	250 単位	2,850 円	285 円	570 円	855 円
ターミナルケア加算	2,500 単位	28,500 円	2,850 円	5,700 円	8,550 円

※夜間(18:00～22:00)・早朝(6:00～8:00) 所定単位数の 1.25 倍 深夜(22:00～6:00)所定単位数の 1.5 倍

※「初回加算」利用開始月に 1 回、または 2 か月以上訪問中止後、再開された月に 1 回のみ算定されます。

※「特別管理加算（Ⅰ）（Ⅱ）」厚生労働大臣が定める状態の方が対象になります。

※上記加算はご本人様、ご家族様の同意が必要な加算もあります。

○利用料金の算出方法 【地域区分単価】 目黒区（特別区）1単位当たり 11.40 円

ひと月合計単位数（訪問時間単位+加算単位）×地域区分単価=費用合計

費用合計-（費用合計×【負担割合 0.9(1割)または0.8(2割)または0.7(3割)】+保険外費用=利用者負担額

○ひと月のサービス料金の目安（ひと月4週での計算）

費用合計 _____ 円-（費用合計×0. ____）+保険外 _____ 円= _____ 円

○料金のお支払いは、口座振替とさせていただきます。

料金は月末締めのご合計料金を、翌月27日にご指定の口座によりお引き落としさせていただきます。

口座振替ができない場合は、口座振込とさせていただきます。振込手数料は、自己負担とさせていただきます。

【医療保険による訪問看護】

利用対象者：介護保険の対象でない方（介護保険非該当者）

介護保険の利用対象者のうち、厚生労働大臣が定めた疾患や状態の方

○保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士による訪問の場合

訪問看護基本療養費（Ⅰ）	週3日目まで	5,550 円/日
精神科基本療養費（Ⅰ）（看護師等、作業療法士）	週4日目以降	6,550 円/日
訪問看護基本療養費（Ⅰ）（准看護師）	週3日目まで	5,050 円/日
精神科基本療養費（Ⅰ）（准看護師）	週4日目以降	6,050 円/日
訪問看護基本療養費（Ⅰ） 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		5,550 円/日
訪問看護基本療養費（Ⅲ）	入院中外泊時	8,500 円/日
訪問看護管理療養費	月の初日	7,670 円/日
	月の2日目以降	3,000 円/日

※准看護師による訪問の場合の基本療養費は週3日目まで5,050 円/日週4日目以降6,050 円/日になります。

○各種加算

緊急訪問看護加算（Ⅰ）月14日目まで	2,650 円
緊急訪問看護加算（Ⅱ）月15日目以降	2,000 円
長時間訪問看護加算	5,200 円
複数名訪問看護加算（看護師・理学療法士等）	4,300 円/週1回
複数名訪問看護加算（准看護師）	3,800 円/週1回
夜間・早朝訪問看護加算	2,100 円
深夜訪問看護加算	4,200 円
難病等複数回訪問看護加算	基本療養費+4,500 円（1日2回訪問）
	基本療養費+8,000 円（1日3回訪問）
乳幼児加算（Ⅰ）	1,300 円/月
乳幼児加算（Ⅱ） 超重症児または準超重症児、特掲別表（第7疾病・別表第8）	1,800 円/月
24時間対応体制加算	6,520 円/月
特別管理加算	5,000 円/月または2,500 円/月

退院時共同指導加算	8,000 円
特別管理指導加算	2,000 円
退院支援指導加算（Ⅰ）	6,000 円
退院支援指導加算（Ⅱ）長時間指導 90 分を超えた場合	8,400 円
在宅患者連携指導加算	3,000 円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000 円
訪問看護情報提供療養費	1,500 円
訪問看護ターミナル療養費	25,000 円

※夜間(18:00～22:00)・早朝(6:00～8:00) 2,100 円、 深夜(22:00～6:00)所定単位数の 4,200 円を加算

※上記加算はご本人様、ご家族様の同意が必要な加算もあります。

○利用料金の算出方法

ひと月にご利用していただいたサービスの合計額に対しての保険証の自己負担割合分

（一の位は四捨五入になります。）

○公費のご利用が可能です。

特定疾病、小児慢性など自己負担の上限があるものは提示されている金額以上の自己負担はかかりません。

○料金のお支払いは、口座振替とさせていただきます。

料金は月末締め合計料金を、翌月 27 日にご指定の口座によりお引き落としさせていただきます。

口座振替ができない場合は、口座振込とさせていただきます。振込手数料は、自己負担とさせていただきます。

10 保険外費用（税込）

エンゼルケア（死後の処置）	看護師 1 名	16,500 円
	看護師 2 名	22,000 円
	処置材料費	3,300 円
	美容用品（ヘアカラー、マニキュアなど）	実費相当分
交通費	5 km未満	300 円
介護保険（実施エリア外から）	5 km以上	600 円
延長料金	（1 時間 30 分を超えたサービスを提供した場合）	5,500 円/30 分毎
自費サービス（看護師）	同行サービス（例：結婚式など）	5,500 円/30 分毎 長時間は応相談
自費サービス（理学療法士等）	パーソナルトレーニング	5,500 円/30 分毎

※深夜、休日、祝日の場合は、料金に対し 25%上乘せとなります。

11 虐待防止

・ご契約者の人権擁護・虐待防止のために、当事業所の支援・相談体制等と整えるほか、契約者及び家族からの苦情処理の体制整備等に努めます。また、サービス事業者または療養者による虐待を受けたと思われる事項を発見した場合は速やかにこれを保険者に通報致します。

12 感染予防

- ・当事業所の職員は毎日検温を実施し、手洗い・マスクの着用等を行い、感染予防に努めています。
- ・体調が優れない場合は事前に事務所までお電話でご相談ください。場合によってはご利用を控えて頂くこともあります。
- ・可能な限りマスクの着用にご協力願います。

1 3 業務継続計画の策定等

- ・感染症及び非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護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。
- ・看護師等に対し、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に行います。
- ・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います。

1 4 苦情・相談窓口

①当事業所の苦情・相談窓口

あすか訪問看護ステーション

担当 中村 僚子（管理者兼看護師）

電話 042-708-0205 FAX 042-708-0206

時間 8：30～17：30

②お住いの市区町村の担当部署

町田市	介護保険課	042-722-3111
多摩市	介護保険課	042-338-6901
稲城市	高齢福祉課	042-378-2111
川崎市	介護保険課	044-200-2687
目黒区	介護保険課	03-5722-9574
大田区	介護保険課	03-5744-1359
品川区	高齢者福祉課	03-5742-6728
世田谷区	介護保険課	03-5432-2298

③国民健康保険団体連合会（介護保険ご利用の方のみ）

東京都	03-6238-0177
神奈川県	045-329-3447

1 5 記録の保管

サービス提供の記録は保管し、記録の閲覧も可能です。写しが必要な場合は実費費用がかかります。交付に関しては本人及び家族に限ります。必要の場合はご連絡ください。

1 6 緊急時の対応

サービス提供時にご利用様の体調不良、悪化、事故などによる怪我等発生した場合、すぐに応急対応を致します。緊急性が高い場合には現場判断で救急要請を致します。ご家族様、担当ケアマネ、主治医に連絡をとり、状況をステーションでもわかるように事務連絡も行います。

希望救急搬送先

病院の状況などにより、ご希望に添えない搬送先になる場合もございます。

1 7 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じる事が予想される場合や変更された場合には、ご利用者様にその内容を書面にて通知し、口頭で説明をいたします。書面での直接交付が難しい場合は郵便にて書面を送らせて頂きます。同意の確認方法はサービス内容の変更および料金表の変更の場合は別紙書面の同意書でご説明、同意、交付を行います。そのほかの変更点につきまして、書面にて交付し、交付日から1月以内にご不明点などご連絡が無い場合は同意したものとみなします。

1 8 留意事項

- ・サービスのキャンセル

ご利用者様のご都合などにより訪問看護サービスをお休みされる場合は訪問前までにご連絡ください。

ご連絡なしでのキャンセルにおいてはキャンセル料が発生いたします。

キャンセル料金

前日までにご連絡を頂いた場合	無料
当日までご連絡がなかった場合	2,000 円

訪問担当の職員の急なお休みや交通状況により訪問担当のスタッフを変更して訪問することもございます。

・サービスの中止

ご利用者の状態が健康上に問題がある場合、サービスを中止することがあります。また急な体調不良など認められた場合はサービスを中止するとともにご家族様、または緊急連絡先に連絡し、必要な措置を適切に行います。ご利用者様に他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかな場合は速やかに申告してください。改善するまではサービスの利用が難しい場合があります。

・介護保険でのご利用時は介護保険証を確認させていただきます。変更の際は必ずご連絡をください。

・医療保険でのご利用時は医療保険証、公費受給者証など毎月確認をさせていただきます。

・担当職員がお休みした場合は代行職員が代わりに訪問します。（訪問時間、曜日は相談）また職員の入れ替わりにおいては業務の引き継ぎのために同行訪問させていただく場合がありますの、ご了承をお願いします。

・訪問職員は身分証を携行するようにしています。

・交通状況、訪問時のトラブルなどにより予定の訪問時間を過ぎてしまうことがあります。10分以上遅れる際にはご連絡をいたしますので、ご了承ください。

当事業所は、ご利用者様及びご家族様に訪問看護サービスの提供開始にあたり、サービス内容を含む重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日

<事業所名称> あすか訪問看護ステーション

<事業所住所> 東京都町田市能ヶ谷 6 丁目 2 番 50 号

<担当事業所> ☐あすか訪問看護ステーション

☐あすか訪問看護ステーション 都立大学

<担 当 者> _____

私は、サービス内容及び重要事項について、あすか訪問看護ステーションから説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

<ご利用者> 住所 _____

氏名 _____ 印

<代理人> 住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 ）