

訪問看護

重要事項説明書

訪問看護ステーション coupler

株式会社ローカルトレイン

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社ローカルトレイン
代表者名	代表取締役 河野 寛之
所在地・連絡先	(所在地) 大分県大分市公園通り 1-5-8 (電話) 097-574-6077 (FAX) 097-574-6078

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護ステーション coupler
所在地・連絡先	(所在地) 大分県大分市羽田 38-1 アルテール米良 202 号 (電話) 097-574-6680 (FAX) 097-574-6758
事業所番号	4460191341
管理者の氏名	梶川 明子

(2)事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務の内容
管理 者	1 名	訪問看護員と兼務
訪問看護員 看護師・准看護師	常勤換算 2.5 名以上	介護予防訪問看護 1 名は管理者と兼務
事務員	1 名	看護補助と兼務
看護補助	1 名	事務員と兼務

(3)職員の勤務体制

従業員の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (9:00~18:00) 常勤で勤務	
看護師		月 9 日休
准看護師	日勤 (9:00~18:00) 交代制で勤務	毎月のみ 8 日休
事務・看護補助		

(4)事業の実施地域

事業の実施地域	大分市、別府市、由布市、臼杵市
---------	-----------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月2日）を除きます。 ※緊急時は、この限りではありません。
営業時間	午前9時00分から午後6時00分まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。

3 サービスの内容等

訪問看護（又は介護予防訪問看護）は、病状が安定期にある利用者について、看護師、准看護師（以下「訪問看護職員等」といいます）が、そのお宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

4 費用

介護保険の適用がある場合は原則として下記料金表の1割が利用者の負担額となります（一定以上の所得のある利用者は2割又は3割となります）。

個々の割合においては介護保険負担割合証をご参照下さい。

Ⅳ 介護予防保険給付対象サービス

【料金表】介護予防の場合

サービス提供時間帯	20分未満		30分未満		30分以上～1時間未満		1時間以上～1時間30分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
（日中）8:00～18:00	3,030円	909円	4,510円	451円	7,940円	794円	10,900円	1,090円
〔早朝夜間〕8:00～22:00	3,790円	979円	5,640円	564円	9,930円	993円	13,630円	1,363円
〔深夜〕22:00～6:00	4,550円	455円	6,770円	677円	11,910円	1,191円	16,350円	1,635円

※ 上記表は正看護師による場合であり、准看護師の場合は90/100となります

〈加算〉

加算名／加算内容	基本料金	利用者負担額
予防訪問看護同一建物減算1 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合	所定単位の100分の90／回	
予防訪問看護同一建物減算2 事業所と同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合	所定単位の100分の85／回	
緊急時介護予防訪問看護加算 II 利用者の同意のもと、利用者・家族等に対して24時間連絡体制にある場合	5,740円／月	574円／月
予防訪問看護特別管理加算 I・II ※（別表I）参照	I:5,000円／月	500円／月

特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にある方に限ります）に対してサービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合	II : 2,500 円／月	250 円／月
予防訪問看護 12 月超減算 I 利用を開始した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を行った場合	-50 円／回	-5 円／回
予防訪問看護初回加算 I 当事業所にて初めて訪問看護を受けられた月 過去二月訪問看護を受けていない場合の訪問看護を受けた月 病院、診療所などから 退院した日 に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合	3,500 円／月	350 円／月
予防訪問看護初回加算 II 当事業所にて初めて訪問看護を受けられた月 過去二月訪問看護を受けていない場合の訪問看護を受けた月	3,000 円／月	300 円／月

Ⅳ 介護保険給付対象サービス

【料金表】要介護の場合

サービス提供時間帯	サービス提供時間数		20 分未満		30 分未満		30 分以上～ 1 時間未満		1 時間以上～ 1 時間 30 分未満	
	利 用 料	利 用 費	利 用 料	利 用 費	利 用 料	利 用 費	利 用 料	利 用 費	利 用 料	利 用 費
(日中) 8:00～18:00	3,140 円	314 円	4,710 円	471 円	8,230 円	823 円	11,280 円	1,128 円		
〔早朝夜間〕 8:00～22:00	3,930 円	393 円	5,890 円	589 円	10,290 円	1,029 円	14,100 円	1,410 円		
〔深夜〕 22:00～6:00	4,710 円	471 円	7,070 円	707 円	12,350 円	1,235 円	16,920 円	1,692 円		

※ 上記表は正看護師による場合であり、准看護師の場合は 90/100 となります

〈加算〉

加算名／加算内容	基本料金	利用者負担額
訪問看護同一建物減算 1 事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者 20 人以上にサービスを行う場合	所定単位の 100 分の 90／回	
訪問看護同一建物減算 2 事業所と同一建物の利用者 50 人以上にサービスを行う場合	所定単位の 100 分の 85／回	
緊急時訪問看護加算 II I 利用者の同意のもと、利用者・家族等に対して 24 時間連絡体制にある場合	5,740 円／月	574 円／月
訪問看護特別管理加算 I・II ※（別表 I）参照 特別な管理を必要とする利用者（厚生労働大臣が定める状態にある方に限ります）に対してサービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合	I : 5,000 円／月 II : 2,500 円／月	500 円／月 250 円／月

	月		
訪問看護ターミナルケア加算 ※（別表Ⅰ）参照 以前からサービスを行っている利用者がご自宅で亡くなられる前24時間以内にターミナルケアを行った場合	25,000円／死亡月につき	2,500円／死亡月につき	
訪問看護初回加算 I 当事業所にて初めて訪問看護を受けられた月 過去二月訪問看護を受けていない場合の訪問看護を受けた月 病院、診療所などから退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合	3,500円／月	350円／月	
訪問看護初回加算 II 当事業所にて初めて訪問看護を受けられた月 過去二月訪問看護を受けていない場合の訪問看護を受けた月	3,000円／月	300円／月	
複数名訪問看護加算 I 2名の看護師等が訪問	30分未満の場合 30分以上の場合	2,540円／回 4,020円／回	254円／回 402円／回
複数名訪問看護加算 II 1名の看護師等と1名の看護補助者が訪問	30分未満の場合 30分以上の場合	2,010円／回 3,170円／回	201円／回 317円／回

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び訪問看護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに訪問看護計画の見直しを行います。

※緊急時訪問看護加算は、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して24時間連絡体制について、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に加算します。

※主治の医師や介護老人保健施設の医師を除くから、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問看護費は算定せず、別途、医療保険による提供となります。

□ 医療保険

介護保険適応以外の利用者及び介護（予防）保険適応の利用者が末期がんや難病者等である場合。

【別表Ⅰ】参照】又は急性増悪等により、主治医が一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合には、医療保険から給付が行われます。

【料金表】医療保険の場合

種類	金額	基本使用料(利用負担金)			
		1割負担	2割負担	3割負担	
訪問看護基本療養費 I	週3日目まで	5,550円	555円	1,110円	1,665円
	週4日目以降	6,550円	655円	1,310円	1,965円
訪問看護基本療養費 II (同一建物居住者)	週3日まで(同一日に2人)	5,550円	555円	1,110円	1,665円
	週4日以降(同一日に2人)	6,550円	655円	1,310円	1,965円

	週3日まで(同一日に3人以上)	2,780円	278円	556円	834円
	週4日以降(同一日に3人以上)	3,280円	328円	656円	984円
訪問看護基本療養費 III		8,500円	850円	1,700円	2,550円
訪問看護管理療養費	(二)月の初日の訪問	7,670円	767円	1,534円	2,301円
訪問看護管理療養費 1	(イ)月の2日目以降の訪問	3,000円	300円	600円	900円
訪問看護管理療養費 2	(ロ)月の2日目以降の訪問	2,500円	250円	500円	750円
難病等複数回訪問加算	1日2回	4,500円	450円	900円	1,350円
	1日3回以上	8,000円	800円	1,600円	2,400円
緊急訪問看護加算(1日につき)	月14日目まで	2,650円	265円	530円	795円
	月15日目以降	2,000円	200円	400円	600円
複数名訪問看護加算 看護師(週1回まで)		4,500円	450円	900円	1,350円
複数名訪問看護加算 看護補助者 1回/月		3,000円	300円	600円	900円
複数名訪問看護加算 看護補助者 2回/月		6,000円	600円	1,200円	1,800円
複数名訪問看護加算 看護補助者 3回/月		10,000円	1,000円	2,000円	3,000円
夜間加算(午後6時~午後10時まで)		2,100円	210円	420円	630円
早朝加算(午前6時~午前8時まで)		2,100円	210円	420円	630円
深夜加算(午後10時~午前6時まで)		4,200円	420円	840円	1,260円
24時間対応体制加算 (月1回)		6,520円	652円	1,304円	1,956円
特別管理加算・重症度 (月1回) ※(別表1)参照		5,000円	500円	1,000円	1,500円
特別管理加算・その他 (月1回) ※(別表1)参照		2,500円	250円	500円	750円
ターミナルケア療養費 (適応時)	1	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
	2	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円

※医療保険の適応がある場合、1~3割が利用者負担となります。負担割合は被保険者証等で確認します。

医療保険外、自己負担となる料金について

種類	内容	金額	
加算料金	1時間30分を超える訪問看護	1時間	2,000円
	休日・祝日の訪問看護	1日	3,000円
	入・退院日、入・退所日の訪問看護	1回	2,000円
	エンゼルケア(希望時)	16,500円(税込み)	
その他	ガーゼ、医療用テープ等(衛生材料)	自費相当費	

※訪問看護基本療養費 IIIは、診療に基づき、試験外泊の訪問が必要であると認められた利用者及び(別表1)に該当する利用者で入院中に在宅療養に備えて、一時的に外泊した場合に1回算定されます。

(別表1)の厚生労働大臣が定める疾病等に該当する利用者については2回まで算定可能となります。

注)その回に限り訪問看護療養費は算定されません。

※訪問看護管理療養費は、安全な提供体制が整備されている訪問看護ステーションが、訪問看護計画書

及び訪問看護報告書を主治医に書面又は電子的な方法により提出するとともに、主治医との連携確保や訪問看護計画の見直し等を含め、指定訪問看護の実施に関する休日・祝日等も含めた計画的な管理を継続して行った場合に加算されます。

※難病等複数回訪問加算は、厚生労働大臣が定める(別表 1)疾病の利用者や特別訪問看護指示期間中の利用者で複数回訪問を行った場合に回数に応じ算定の対象となります。

※緊急時訪問看護加算は、利用者又は家族の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の指示に基づき、当事業所がサービスを緊急に提供した場合に、1 日につき料金表にある料金が加算されます。

※緊急時訪問看護加算は、利用者又は家族の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の指示に基づき、当事業所がサービスを緊急に提供した場合に、1 日につき料金表にある料金が加算されます。

※24 時間対応加算は、当事業所が利用者又はその家族から電話などにより看護に関する意見を求められた際、常時対応できる体制を希望される場合ひと月につき料金表にある料金が加算されます。

※ターミナルケア療養費 I は、当事業所が利用者に対して医師と連携しその指示を受け、利用者がお亡くなりになった日及びお亡くなりになる前 14 日以内に 2 回以上の訪問看護を行った場合に算定されます。

訪問看護におけるターミナルケアに係る支援体制について、利用者及びその家族等に対して説明した上でターミナルケアを行った場合に算定されます、なお、ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外でお亡くなりになった場合でも加算の対象となります。

(別表 1)

※特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限るものに対し、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に加算します。なお、「別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの」とは次のとおりです。

- ① 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、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、在宅自己導尿指導管理、在宅持続腸圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ④ 真皮を超える褥瘡の状態
- ⑤ 点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態

特別管理加算Ⅰは①に、特別管理加算Ⅱは②～⑤に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に加算します。

その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものとは次のとおりです。

イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上で）

あって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）をいう。）、多系統萎縮症、線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群をいう。）、プリオントン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髓性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

- 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

□ 交通費

事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要になります。

※下記料金に消費税を加えた料金を徴取致します。

- | | |
|----------------------------------|--------------|
| ① 実施地域を超えた地点から、片道 5 km未満 | / 回につき 300 円 |
| ② 実施地域を超えた地点から、片道 5 km以上～10 km未満 | / 回につき 400 円 |
| ③ 実施地域を超えた地点から、片道 10 km以上 | / 回につき 500 円 |

□ その他の費用

- ・サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者の負担となります。
- ・「訪問看護指示書」「特別訪問看護指示書（医療保険）」について
サービスを提供する際、主治医より事業所に対して「訪問看護指示書」または
「特別訪問看護指示書（医療保険）」による指示が必要となります。これらについては利用者
負担とします。
- ・死後の処置料は、16,500 円（消費税込み。エンゼルケアセット含む）とします。

□ キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日 17 時までに連絡があった場合	無料
利用日の前日 17 時を過ぎてのご連絡	1,000 円
利用日の当日のご連絡	2,000 円

□ 利用料等のお支払方法

原則、利用者指定口座からの自動振替によるお支払いをお願い致します。

毎月、請求月の 27 日が引き落としとなります。（土日、祝日の場合は、翌日、翌々日と
なります。）

※自動振替以外をご希望の際は、ご相談下さい。

5 サービスの提供にあたって

□ サービスの提供に先立ち、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無

及び要介護認定の有効期間)を確認させて頂きます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせ下さい。

□□利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められる時は、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

□□主治医の指示並びに利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画(ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「訪問看護計画」を作成します。なお作成した「訪問看護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。

□□サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行います。なお、「訪問看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

□□看護職員に対するサービス提供に関する具体的な指示等はすべて当事業者が行いますが、実際の提供にあたっては、利用者的心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

6 事業所の特色等

□□事業の目的

要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。

□□運営方針

事業者は、利用者的心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及び契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため適切なサービスの提供に努めます。

(3)その他

事 項	内 容
訪問看護計画の作成及び 事後評価	看護師が、利用者の直面している課題等を評価し、主治医の指示及び利用者の希望を踏まえて、訪問看護計画を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して利用者に説明のうえ交付します。
従業員研修	隔月1回以上の研修を行っています。

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口責任者 梶川 明子 利用時間 9:00 ~ 18:00 利用方法 電話：097-574-6680 面接：当事務所相談室
大分市長寿福祉課	受付時間 8:30~17:15 電話 097-534-6111 FAX 097-534-6226
大分県国民健康 保険団体連合会	受付時間 9:00~17:00 電話 097-534-8470 FAX 097-535-7031

8 虐待の防止について

事業者、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 噴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	管理者 梶川 明子
-------------	-----------

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ています。

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ています。

⑤ サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

9 秘密の保持と個人情報の保護について

①事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ②事業者及び事業者の使用者（以下「従業者」という）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④事業者は、従事者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従事者である期間及び従事者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。	①利用者及びその家族に関する秘密の保持について
①事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限りサービス担当者会議などにおいて、利用者の個人情報を用いません。	②個人情報の保護について

	<p>②事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む）については、責任を持って管理し、処分を行う際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加、または削除を求められた場合は遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正などを行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります）</p>
--	--

10 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、利用者予め指定する連絡先へ連絡します。

主治医	医療機関の名称	
	医師の氏名	
	所在地	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名（続柄）	（続柄： ）
	電話番号	

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 身分証携行義務

訪問看護員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

13 心身の状況の把握

指定訪問看護の提供に当たっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議などを通じて、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況などの把握に努めるものとします。

14 居宅介護支援事業者などとの連携

- 指定訪問看護の提供に当たり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- サービスの提供の開始に際し、この重要事項に基づき作成する「訪問看護計画」の写しを利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又

はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

15 サービス提供の記録

- 指定訪問看護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料などを、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- 指定訪問看護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から5年間保存します。
- 利用者は事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- 提供した指定訪問看護に関し、利用者の健康手帳の医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

16 衛生管理など

- 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

- 指定訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生管理に努めます。

(附 則)

令和5年7月1日 施行

令和5年7月19日 改訂【 4 □エンゼルケア料金 □交通費 □死後の処置料】

令和6年2月10日 改訂【 2 □事業所の概要 □職員体制 □職員の勤務体制

7 当事業所相談窓口 窓口責任者 8 □虐待防止に関する責任者】

令和6年6月1日 改訂【 4 各費用変更（令和6年6月介護保険法改正による）】

各種加算に関する同意の有無（介護保険）

下記加算に同意する場合は「同意します」に○、不要な場合は「同意しません」に○をご記入下さい。

- ① 緊急時訪問看護加算に（ 同意します ・ 同意しません ）
- ② 複数名訪問看護加算に、下記の状態に該当するため（ 同意します ・ 同意しません ）
 - ・利用者の身体的理由により、1人の訪問看護が困難であると認められる場合
 - ・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

各種加算に関する同意の有無（医療保険）

下記加算に同意する場合は「同意します」に○、不要な場合は「同意しません」に○をご記入下さい。

- ① 24時間対応体制加算に（ 同意します ・ 同意しません ）
- ② 下記の状態に該当するため、複数名訪問看護加算に（ 同意します ・ 同意しません ）
 - ・（別表1）に対する利用者
 - ・特別訪問看護指示期間中の利用者
 - ・利用者の身体的理由により、1人の訪問看護が困難であると認められる場合
 - ・暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

写真撮影に関する同意の有無

- ・当事業所では、傷や内出血等に関して、経過をみていくため、また主治医への報告、確認等 必要な対応を行うため、該当箇所の写真を撮らせていただくことがあります。早期治療、改善のためご理解頂きたいところではありますが、望まない方への撮影は行いません。
- ・撮影画像は訪問看護事業所、かかりつけ医等の関係機関への報告のために使用します。ご理解とご了承をよろしくお願い致します。

写真の撮影を行う事に（ 同意します ・ 同意しません ）

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者)

住 所 大分市公園通り 1-5-8

事業者（法人）名 株式会社 ローカルトレイン

代表取締役 河野 寛之 印

(事業所番号) 4460191341

事業所名 訪問看護ステーション couple

住 所 大分市大字羽田 38-1 アルテール米良 202 号

管 理 者 梶川 明子 印

(説明者)

氏 名 _____

印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受け承諾致しました。

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

印

(代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

印

