

訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス・重要事項説明書
(介 護 保 険)

指定訪問看護サービスの提供開始にあたり、平成 11 年厚生省令第 37 号第 8 条に基づいて、当事業所が利用者及びその家族等に説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称・法人種別	株式会社 izanami
代 表 者 名	代表取締役 奥谷 奈美
所 在 地	〒669-1533 兵庫県三田市三田町 21-9 サンリッチハイツ 303 号
電 話 番 号	079-565-0164
F A X 番 号	079-565-0165

2. 事業所概要

事業所名称	在宅看護センター eN 環-
管 理 者 名	奥谷 奈美
所 在 地	〒669-1533 兵庫県三田市三田町 21-9 サンリッチハイツ 303 号
電 話 番 号	079-565-0164
F A X 番 号	079-565-0165
事業所番号	2861290225
実 施 地 区	三田市、丹波篠山市、神戸市北区、西宮市、三木市、宝塚市

3. 事業の目的と運営方法

事業の目的	・介護保険法の趣旨に従い、利用者がその居宅において、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るよう、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す事を目的としています。
運営方針	・利用者が要支援及び要介護状態になった場合においても、可能な限りその居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営む事が出来るよう、利用者の心身機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 ・利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。 ・訪問看護の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス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. 事業所の職員体制（2024 年 6 月現在）

職 種	人 数	常 勤		非常勤	備 考
		専 従	兼 務		
管 理 者	1	0	1	0	
訪問看護職	保 健 師	0	0	0	
	助 産 師	0	0	0	
	看 護 師	4	1	1	
	准 看 護 師	0	0	0	
	理 学 療 法 士	0	0	0	
	作 業 療 法 士	0	0	0	
	言 語 聴 覚 士	0	0	0	
事 務 職 員 等	1	0	0	1	

5. 営業日・営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日 休日：土曜・日曜・祝日・年末年始（12/29～1/3）
営 業 時 間	9：00～17：30
営 業 提 供 日	24 時間 365 日 ※1)

※1) 緊急時訪問看護加算利用者に対しては、24 時間体制にて電話での相談及び緊急時訪問をします。

6. サービスの内容

居宅で療養される利用者が、安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当事業所の看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。
また、必要に応じて理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が訪問し、リハビリ治療を行います。
サービス内容・利用料金・支払い方法については、別途内容説明書に詳細を記載します。

7. 事故発生時・緊急時対応方法

サービス提供中に事故・症状の急変・その他緊急事態が生じた場合には、速やかに利用者の家族等に連絡を取り、必要に応じて主治医又は協力医療機関への連絡等、必要な措置を講ずるとともに管理者に報告します。

緊 急 連 絡 先	主治医もしくは事業所の緊急対応担当医
住 所	
電 話 番 号	
F A X 番 号	

8. 苦情の受付

事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〔事業所の窓口〕 在宅看護センターeN-環- 担当者：奥谷 奈美	所 在 地：兵庫県三田市三田町 21-9 サンリッチハイツ 303 号 電話番号：079-565-0164 FAX 番号：079-565-0165 受付時間：平日 9 時～17 時 30 分
〔市町村の窓口〕 三田市	三田市福祉共生部/健康推進室/介護保健課 所 在 地：三田市三輪 2 丁目 1 番 1 号 電話番号：079-563-1111（代表） 受付時間：平日 9 時～17 時 30 分
〔市町村の窓口〕 神戸市	福祉局介護保険課 所在地：神戸市中央区加納町 6-5-1 電 話 番 号：078-333-3330 受 付 時 間：平日 8 時 45 分～17 時 45 分
〔市町村の窓口〕 西宮市	介護保険課 所在地：西宮市六湛寺町 10-3 電話番号：0798-35-3314 受付時間：平日 9 時～17 時 30 分
〔市町村の窓口〕 宝塚市	健康福祉部介護保険課 所在地：宝塚市東洋町 1-1 電話番号：0797-77-2136 受付時間：平日 9 時～17 時 30 分
〔市町村の窓口〕 丹波篠山市	長寿福祉課（介護保険係） 所在地：丹波篠山市北新町 41 電話番号：079-552-6928 受付時間：平日 8 時 30 分～17 時 15 分
	介護保険課 所在地：三木市上の丸町 10-30

	電話番号：0794-89-2325 受付時間：平日 8 時 30 分～17 時
[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 丁目 9 番 1-1801 号 電話番号：078-332-5601 受付時間：平日 9 時～17 時 30 分

9. 秘密保持

当事業所がサービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する個人情報を正当な理由なく、第三者に開示又は漏洩しません。

10. 虐待の防止について

当事業所は、利用者及びその家族等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおりの措置を講じます。

A) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

責任者：管理者 奥谷 奈美

B) 高齢者の虐待を早期発見した場合、当事業所職員はこれを市町村に通報する義務が課せられています。

C) 当事業所職員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。

D) 成年後見制度の利用を支援します。

訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス・内容説明書

(介護保険)

「訪問看護」は利用者の居宅において、看護師その他省令で定める者が、療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスで主治医の指示に基づき以下のサービスを行います。

1. サービス内容（例）

・症状・障害の観察・清拭・洗髪等による清潔の保持・褥瘡の予防・処置・カテーテル等の管理・リハビリテーション・認知症患者の看護
・療養生活や介護方法の指導・食事・排泄等の日常生活の世話・その他医師の指示による医療処置・ターミナルケア

2. 利用料金

介護保険サービス利用の場合						
基本利用単位	職 種	単 位	備 考			
	看護師等	314 単位	要介護者	20 分未満		
		303 単位	要支援者			
		471 単位	要介護者	30 分未満		
		451 単位	要支援者			
		823 単位	要介護者	60 分未満		
		794 単位	要支援者			
		1,128 単位	要介護者	90 分未満		
		1,090 単位	要支援者			
	理学療法士等 1 回 20 分以上	294 単位	要介護者	1 回又は 2 回実施/日 (294 単位×回数)		
				3 回以上実施/日 (294 単位×回数×0.9)		
		284 単位 [★注 1]	要支援者	1 回又は 2 回実施/日 (284 単位×回数)		
				3 回以上実施/日 (284 単位×回数×0.5)		
	連携型訪問看護	2,961 単位	月単位	定期巡回・随時対応型訪問介護看護の 連携型事業所と連携して訪問看護を行う場合		
		3,761 単位 (介護 5)				
		97 単位	日単位			契約期間が 1 月に満たない場合
		123 単位	日単位			要介護 5 契約期間が 1 月に満たない場合
		▲97 単位	日単位 (減算)			特別訪問看護指示があった場合
	保険 対 象	サービス種別	単 位	備 考		
初回加算Ⅰ		350 単位	月単位/初回利用時：退院当日に初回を行った場合			
初回加算Ⅱ		300 単位	月単位/退院した翌日以降に初回を行った場合			
退院時共同指導加算		600 単位	退院・退所時に必要な指導を行う場合（ビデオ通話も可） 初回加算との併算定不可			
緊急時訪問看護加算		600 単位	月単位/同意をされている場合			
専門管理加算		250 単位	月単位/緩和ケア、褥瘡、人工肛門・人工膀胱ケア、特定行為の専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行う場合			
口腔連携強化加算		50 単位	月単位/回 歯科専門職との連携の下口腔衛生状態及び口腔機能の評価、実施、歯科医療機関・介護支援専門員への情報提供			
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）		6 単位	看護師のうち勤続 7 年以上の割合 3 割以上			
		50 単位	看護師のうち勤続 7 年以上の割合 3 割以上 定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護（月単位）			
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）		3 単位	看護師のうち勤続 3 年以上の割合 3 割以上			
		25 単位	看護師のうち勤続 3 年以上の割合 3 割以上 定期巡回・随時対応サービス連携型訪問看護（月単位）			
特別管理加算（Ⅰ） [別表 8]		500 単位	月単位/（重症度の高い者）			
特別管理加算（Ⅱ） [別表 8]		250 単位	月単位/			
長時間訪問看護加算 [別表 8]		300 単位	90 分を超える場合			
早朝加算		25%増	早朝（午前 6 時～午前 8 時まで）			
夜間加算			夜間（午後 6 時～午後 10 時まで）			
深夜加算		50%増	深夜（午後 10 時～午前 6 時まで）			
複数名訪問加算（Ⅰ）[★注 2]		254 単位	30 分未満	看護師等 2 名		
		402 単位	30 分以上			
複数名訪問加算（Ⅱ）[★注 2]		201 単位	30 分未満	看護師 1 名+看護補助者 1 名		
		317 単位	30 分以上			
看護体制強化加算（Ⅰ）		550 単位	ターミナルケア加算者：年間 5 名以上（要支援者は対象外）			
看護体制強化加算（Ⅱ）		200 単位	ターミナルケア加算者：年間 1 名以上			
看護体制強化加算	100 単位	看護職員の割合が 6 割以上（要支援者）				
遠隔死亡診断補助加算	150 単位	在宅での看取りに関する研修を受けた医療機関の看護師が補助				
ターミナルケア加算	2,500 単位	死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上 ターミナルケアを行った場合				
保険外	死後処置料	10,000 円	死後の処置を看護師が行った場合（税別）			

※利用料金＝1 単位×10 円（事業所：三田市 5 級地 10.70 ）

★注 1：理学療法士等が利用開始日の属する月から 12 月超の利用者に指定介護予防訪問看護を行った場合は 1 回につき 5 単位減算

★注 2：①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、著しい迷惑行為、器物破損

行為等が認められる場合 ③上記① または ②に準ずると認められる場合

3.その他費用

交 通 費：事業者のサービス提供実施地域にお住まいの場合、交通費はいただいております。
キャンセル料：当日キャンセルの場合は、キャンセル料が発生する場合がありますので、前日までに
ご連絡ください。概ね当日サービス料金（10 割負担）の程度となります。

4. 請求及び支払方法

請求書は利用月の翌月 15 日以降 20 日までに郵送致します。
お支払いについては、株式会社アプラスとの契約により、毎月 27 日のお引落としとなります。
但し、お引落とし日が土日祝日となる場合は、翌営業日の処理となります。

別表 7

- ①末期の悪性腫瘍
- ②多発性硬化症
- ③重症筋無力症
- ④スモン
- ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症
- ⑦ハンチントン病
- ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病関連疾患
 - (a) 進行性核上性麻痺
 - (b) 大脳皮質基底核変性症
 - (c) パーキンソン病
(ホーエン・ヤールの重症度分類Ⅲ度以上
かつ生活障害度がⅡ度またはⅢ度)
- ⑩多系統萎縮症
 - (a) 線条体黒質変性症
 - (b) オリーブ橋小脳萎縮症
 - (c) シャイ・ドレーガー症候群
- ⑪プリオン病
- ⑫亜急性硬化性全脳炎
- ⑬ライソゾーム病
- ⑭副腎白質ジストロフィー
- ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症
- ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎
- ⑱後天性免疫不全症候群
- ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態

別表 8

- ①・在宅悪性腫瘍患者指導管理
 - ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態
 - ・気管カニューレ・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
 - ・在宅酸素療法指導管理
 - ・在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - ・在宅人工呼吸指導管理
 - ・在宅自己疼痛管理指導管理
 - ・在宅血液透析指導管理
 - ・在宅中心静脈栄養法指導管理
 - ・在宅自己導尿指導管理
 - ・在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - ・在宅肺高血圧症患者指導管理

以上の指導管理を受けている状態にある利用者
- ③ 人工肛門または人工膀胱を設置している
状態にある患者
- ④ 真皮を超える褥瘡の状態にあるもの
- ⑤ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を
算定している者

事業者は、訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス・重要事項説明書に基づいて、
訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスに対する説明を行いました。
本書交付を証するため、本書2通を作成し、利用者・事業者が記名の上、各1通を保有するものとします。

年 月 日

事業者	所在地	兵庫県三田市三田町 21-9 サンリッチハイツ 303
	名 称	株式会社 izanami 代表取締役 奥谷 奈美
事業所	名 称	在宅看護センター eN 環 - 管 理 者 奥谷 奈美

私は、訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス・重要事項説明書に基づいて、
訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービスに対する説明を受け、その説明を受けた内容について、
交付を受けました。

年 月 日

利用者	住 所
	氏 名 _____
代理人	住 所
	氏 名 _____ (続柄: _____)