

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護)

利用者： _____ 様

事業者： 合同会社C○C○

訪問看護・介護予防訪問看護

契約書別紙（兼重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	合同会社C o C o
主たる事務所の所在地	〒655-0044 神戸市垂水区舞子坂2－1－3
代表者（職名・氏名）	代表社員 笠間 律子
設立年月日	令和6年7月11日
電話番号	078－754－6734

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ココ訪問看護・リハビリステーション	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒655-0044 神戸市垂水区舞子坂2－1－3	
電話番号	078－754－6734	
指定年月日・事業所番号	令和6年10月1日指定	
管理者の氏名	笠間 律子	
通常の事業の実施地域	明石市、神戸市垂水区、神戸市西区、神戸市須磨区	

3. 事業の目的と運営の方針

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。
運営の方針	事業者は、利用者の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この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。

4. 提供するサービスの内容

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、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「訪問看護職員」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。

5. 営業日時

営業日	通常月曜日から金曜日までとする。但し、12月30日から1月3日までを除く。祝日は営業する。
営業時間	午前8時45分から午後5時30分までとする。 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。

6. 事業所の職員体制

- (1) 管理者 : 1名(看護職員兼務)
- (2) 看護職員 : 保健師、看護師又は准看護師
常勤換算2.5名以上(内、常勤1名は管理者兼務)
- (3) 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 : 適当数

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員(訪問看護職員)及びその管理責任者は下記のとおりです。
担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。
サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

訪問看護職員の氏名	(資格 :)
管理責任者の氏名	管理者 笠間 律子

8. 利用料金

1) 介護保険の場合（看護師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士の訪問）

訪問看護の基本部分			ご利用者様負担額	
			1割負担	2割負担
介護保険	看護師による訪問の場合	20分未満	341	681
		30分未満	511	1,021
		30分以上 60分未満	893	1,785
		60分以上 1時間 30分未満	1,223	2,446
	理学療法士（注）による訪問の場合	1回（20分）	319	638
		2回（40分）	638	1,275
		3回（60分）	862	1,724
介護予防	看護師による訪問の場合	20分未満	329	657
		30分未満	489	978
		30分以上 60分未満	861	1,722
		60分以上 1時間 30分未満	1,182	2,363
	理学療法士（注）による訪問の場合	1回（20分）	308	616
		2回（40分）	616	1,232
		3回（60分）	462	924

訪問看護訪問回数超過等減算（介護・予防）1回/20分につき8単位、
12月を超えての訪問（予防）は1回/20分につき15単位減算となります。

○早朝一夜間・深夜加算

	早朝(午前6時～8時)	上記料金に対して25%加算になります
	夜間(午後6時～10時)	
	深夜(午後10時～午前6時)	上記料金に対して50%加算になります

○その他加算

	定期巡回訪問看護	要介護1～4	3,210	6,420
		要介護5	4,077	8,154
	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）＊1		651	1,301
	特別管理加算（Ⅰ）＊2	月1回	542	1084
	特別管理加算（Ⅱ）＊3	月1回	271	542
	複数名訪問看護加算Ⅰ （1回につき）	30分未満	276	551
		30分以上	436	872
	訪問看護ターミナルケア加算		2,710	5,420
	退院時共同指導加算		651	1,301
	看護・介護職員連携強化加算		271	542
	口腔連携強化加算		55	109
	初回加算	Ⅰ（退院日に訪問）	380	759
		Ⅱ（退院日の翌日以降に訪問）	326	651

端数処理方法により回数に乗じた金額とは誤差が生じますのでご了承ください。

- * 1 ご契約の方は 24 時間対応いたします。
- * 2 在宅悪性腫瘍指導管理などを受けている状態や留置カテーテルなどを使用している状態等
- * 3 在宅酸素療法指導管理などを受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態であること。

2) 医療保険の場合（看護師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士の訪問）

			金額	基本利用料（利用者負担金）		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
訪問看護基本療養費 （Ⅰ）（1 日 1 回につ き） ＊ 1	保健師、助産師 又は看護師	週 3 日まで	5, 550	555	1, 110	1, 665
		週 4 日目以降	6, 550	655	1, 310	1, 965
	准看護師	週 3 日まで	5, 050	505	1, 010	1, 515
		週 4 日目以降	6, 050	605	1, 210	1, 815
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		5, 550	555	1, 110	1, 665
	緩和・褥瘡ケアの専門看護師		12, 850	1, 285	2, 570	3, 855
訪問看護基本療養費 （Ⅱ）（1 日 につき） ＊ 2	保健師、助産師 又は看護師	週 3 日まで	2, 780	278	556	834
		週 4 日目以降	3, 280	328	656	984
	准看護師	週 3 日まで	2, 530	253	506	759
		週 4 日目以降	3, 030	303	606	909
	理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士		2, 780	278	556	834
	緩和・褥瘡ケアの専門看護師		12, 850	1, 285	2, 570	3, 855
訪問看護基本療養費（Ⅲ）＊ 3			8, 500	850	1, 700	2, 550
訪問看護管理療養費 （機能強化型以外）		（月の初日）	7, 670	767	1, 534	2, 301
		イ（2 日目以降）	3, 000	300	600	900

- * 1 同一日に共同の訪問看護
- * 2 3 人以上の利用者を同一日に訪問した場合
- * 3 在宅療養に備えた外泊時(入院中に 1 回、厚生労働大臣が定める疾病等は入院中に 2 回)

早朝・夜間加算 (6 時～8 時・18 時～22 時)			2,100	210	420	630
深夜加算 (22 時～6 時)			4,200	420	840	1,260
難病等複数回 訪問加算	1 日 2 回の訪問	同一建物内に 2 人以内	4,500	450	900	1,350
		同一建物内に 3 人以上	4,000	400	800	1,200
	1 日 3 回以上の訪問	同一建物内に 2 人以内	8,000	800	1,600	2,400
		同一建物内に 3 人以上	7,200	720	1,440	2,160

複数名訪問 看護加算 I	看護師（週 1 回）	同一建物内に 2 人以内	4,500	450	900	1,350
		同一建物内に 3 人以上	4,000	400	800	1,200
	准看護師（週 1 回）	同一建物内に 2 人以内	3,800	380	760	1,140
		同一建物内に 3 人以上	3,400	340	680	1,020
	看護補助者（週 3 回）	同一建物内に 2 人以内	3,000	300	600	900
		同一建物内に 3 人以上	2,700	270	540	810

保険の種類、割合、公費、高額医療費の現物化等により自己負担額は違います。

*病状やご希望の契約により下記の料金が加算されます。

		金額	基本利用料（利用者負担金）		
			1 割負担	2 割負担	3 割負担
24 時間対応体制加算（1 月につき）		6,800	680	1,360	2,040
情報提供療養費（1 月につき）		1,500	150	300	450
緊急時訪問看護加算 （1 日につき）	月 14 日目まで	2,650	265	530	795
	月 15 日目以降	2,000	200	400	600
特別管理加算（1 月 につき）	月 1 回 ※2	5,000	500	1,000	1,500
	月 1 回 ※3	2,500	250	500	750
乳幼児加算	※別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合	1,800	180	360	540
	上記以外の場合	1,300	130	260	390
退院時共同指導加算（1 月につき）（利用者の状態に応じ月 2 回を限度）		8,000	800	1,600	2,400
特別管理指導加算		2,000	200	400	600
退院支援指導加算		6,000	600	1,200	1,800
在宅患者連携指導加算（1 月につき）		3,000	300	600	900
在宅患者緊急時等カンファレンス加算 （1 月につき 2 回）		2,000	200	400	600
ターミナルケア療養費	I	25,000	2,500	5,000	7,500
	II	10,000	1,000	2,000	3,000
長時間訪問看護加算 （週 1 回まで。ただし、厚生労働省が定める状態の場合週 3 回まで。） ※1、※2、※3		5,200	520	1,040	1,560
看護・介護職員連携強化加算		2,500	250	500	750

※1 特別訪問看護指示期間の方

※2 気管カニューレ・留置カテーテル等を使用している状態にある方

※3 在宅酸素・人工肛門・重度の褥瘡等の状態にある方

上記の対象者に対して 1 時間 30 分を超える訪問看護を行った場合に加算されます。

(3) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
前日 17 時以降/利用予定日の当日	利用者負担金の 100% の額

(4) 支払い方法

上記 (1) から (3) までの利用料 (利用者負担分の金額) は、1 ヶ月ごとにまとめて 10 日までに請求します。口座引き落とし手続きをされていない場合は、担当者に現金でお支払い下さい。口座引き落としの場合は、毎月 27 日に引き落としいたします。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名 (利用者との続柄) 電話番号	

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 078-754-6734
	面接場所 当事業所の相談室

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

○ 神戸市福祉局 監査指導部

TEL：078-322-6326（平日 8：45～12：00、13：00～17：30）

○ 兵庫県国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

TEL：078-332-5617（平日 8：45～17：15）

○ 神戸市消費生活センター（契約についてのご相談）

TEL：078-371-1221（平日 9：00～17：00）

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

（１）サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。

・各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

（２）訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

（３）体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	神戸市垂水区舞子坂2丁目1番3号
	事業者（法人）名	合同会社C o C o
	代表者職・氏名	代表社員 笠間 律子
	説明者職・氏名	

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者	住所
	氏名
	署名代行者（又は法定代理人）
	本人との続柄

立会人	住所
	氏名

同意書

ココ訪問看護・リハビリステーション

管理者 笠間 律子 様

(介護保険)

☐

緊急時訪問看護加算及び介護予防緊急時訪問看護加算

私は、担当職員から重要事項説明書別紙で緊急時訪問看護加算及び介護予防緊急時訪問看護加算について説明を受け、このサービスを利用することに同意します。

(医療保険)

☐

24 時間対応体制加算

私は、貴訪問看護ステーションの 24 時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、24 時間対応体制加算を算定することに同意します。

令和 年 月 日

契約者

印

代理人

印

(契約者との続柄：

)