

重要事項説明書 (介護保険)

株式会社 フルフィル
訪問看護ステーションふるる
(令和8年6月1日改定)

1. 事業所の概要

事業者	株式会社フルフィル
代表者	福岡 裕行
事業所名	訪問看護ステーション ふるる
管理者	孝橋 由佳
所在地	〒567-0802 大阪府茨木市総持寺駅前町 6-6
事業所指定番号	2764290728
連絡先	電話：072-657-8380
サービス提供地域	茨木、高槻 その他の周辺地域

2. 当事業所におけるサービス提供方針は次のとおりです

<事業の目的>

適切な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め指定訪問看護の円滑な運営管理を図るとともに利用者の意思及び人格を尊重し、要介護状態の利用者の立場に立った適切な指定訪問看護の提供を確保することを目的とする。

<運営の方針>

(運営規程記載内容の要約)

- 事業所が実施する事業は、利用者が要介護状態となった場合に おいても、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるように配慮して、その療養生活を支援し、心身の維持回復を図るものとする。
- 利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、その療養上の目的を設定し、計画的に行うものとする。
- 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たサービスの提供に努めるものとする。
- 事業に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護事業者、地域包括支援センター、保健医療サービスおよび福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。
- 指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治医及び居宅介護事業所へ情報を提供するものとする。

前5項のほか、「大阪府指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービスなどの事業の人員、施設及び運営に関する基準を定める条例」に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。

3. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス内容等	人員
管理者	1. 主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 2. 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3. 従業員に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	1 名 (常勤)
看護師	1. 指定訪問看護の提供の開始に際し、主治医師から文書による指示を受けるとともに、主治医に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治医との密接な連携を図ります。 2. 主治医の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い、同意を得ます。 3. 利用者へ訪問看護計画を交付します。 4. 指定訪問看護の実施状況の把握及び訪問看護計画の変更を行います。 5. 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。 6. 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 7. サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。	4 名 (常勤) 2 名 (非常勤)
作業療法士	かかりつけの医師より訪問看護指示書を受けた後、利用者様の状態に合せ、必要に応じたサービスを提供します。	1 名 (常勤) 1 名 (非常勤)
事務	請求事務及び通信連絡事務等を行います。	1 名 (非常勤)

4. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日から金曜日 土日祝休み (注) 年末年始 (12/30～1/3) を除く	8:45～17:30 [サービス提供が可能な時間帯 9:00～17:00]

※ご利用者様の状況に応じて、必要な場合には営業時間以外での訪問看護を行います。

5. 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

＜ 訪問看護計画の作成 ＞

主治医の指示並びに利用者に係る介護予防支援事業者が作成したサービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。

＜ 訪問看護の提供 ＞

訪問看護計画に基づき、介護予防訪問看護を提供します。

【具体的な訪問看護の内容】

バイタルサインのチェック

病状・障害の観察

食事および排泄等日常生活の世話

褥瘡の予防・処置

リハビリテーション

ターミナルケア

療養生活や介護方法の指導

カテーテル等の管理

内服管理・作用副作用の観察

その他医師の指示による医療処置

訪問看護報告書の作成

(2) 看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

1. 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
2. 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
3. 利用者の同居家族に対するサービス提供
4. 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
5. 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
6. 利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 秘密保持

事業所及び訪問看護師は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。但し、居宅サービス計画を作成するにあたり、サービス事業者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から文書で同意を得るものとします。

(4) 身分証携行義務

訪問看護師は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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。

(5) 衛生管理等

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、衛生的な管理に努めます。

(6) 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等を通じて、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等の把握に努めるものとします。

(7) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

（ ５級地につき１単位 １０．７円 ）

基本料金（訪問１回につき）				ご利用者様負担額		
			単位	１割負担	２割負担	３割負担
看護師が 訪問した場合	２０分未満	支援	303	325	649	973
		介護	314	336	672	1,008
	３０分未満	支援	451	483	965	1,448
		介護	471	504	1,008	1,512
	３０分以上 ６０分未満	支援	794	850	1,699	2,549
		介護	823	881	1,762	2,642
	６０分以上 ９０分未満	支援	1090	1,167	2,333	3,499
		介護	1128	1,207	2,414	3,621
作業療法士が 訪問した場合	１回あたり２０分 １日２回まで	支援	284	304	608	911
		介護	294	315	629	944

作業療法士等が１日に２回を超えて訪問看護を行う場合、１回につき所定単位数に
５０／１００を乗じた単位数で算定します

その他の加算	単位	ご利用者様負担額		
		１割負担	２割負担	３割負担
初回加算１ 病院などから退院した日に初回の訪問看護を行った場合	350	375	749	1,124
初回加算２ 病院などから退院した日の翌日以降に初回の訪問看護を行った場合	300	321	642	963
緊急時訪問看護加算	574	615	1,229	1,843
長時間訪問看護加算	300	321	642	963
特別管理加算（Ⅰ）	500	535	1,070	1,605
特別管理加算（Ⅱ）	250	250	535	803
ターミナルケア加算	2500	2,675	5,350	8,025
退院時共同指導加算（１回あたり）	600	642	1,284	1,926

※ **処遇改善加算**（ご利用単位数の合計に **1.8%** 加算されます。）

例) 訪問看護でのご利用単位数週 1 回 30 分 (471 単位 × 4 回) 1,884 単位 ➡ 20,159 円
1 割負担の場合 2,016 円 + **36 円 (処遇改善加算)**
2,016 円 (令和 8 年 5 月) ➡ 2,052 円 (令和 8 年 6 月ご利用分より) のご負担となります

※ **早朝・夜間・深夜加算**

早 朝 (午前 6 時～午前 8 時)	上記料金に対して 25%加算になります
夜 間 (午後 6 時～午後 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

※ 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、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、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。

※ 主治医(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、医療保険による訪問看護の提供となります。**

※ **緊急訪問加算**は、利用者又はその家族に対して 24 時間連絡体制にあって、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体制にある旨を説明し、同意を得た場合に加算します。

※ **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)に対して、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。

契約時にその状態でなくても、急性増悪等によりその状態になった時は加算されます。

「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、在宅持続陽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

なお、特別管理加算(Ⅰ)は①に、特別管理加算(Ⅱ)は②～⑤に該当する状態の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。)、他系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリ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、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、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

(ロ) 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

※ **退院時共同指導加算**は入院若しくは入所中の者に対し、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供し、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた場合に加算します。

※ **複数名訪問看護加算**は、二人の看護師等(両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する。)が同時に訪問看護を行う場合(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等)に加算します。

※ **ターミナルケア加算**は、在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものは1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む。)に加算します。

〈緊急時訪問看護加算について〉

【 同意します・同意しません 】

加算事項について説明を受けました。

ご利用者様の状態に応じて必要とされる加算の算定について同意いたします。

利用者
(代理人)

(8) 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払方法

1. 支払方法は、銀行等の指定口座より自動引き落としとなります。
2. 月ごとに清算し、当該月分の請求書を翌月の10日以降に発行いたし27日前後に指定口座より引落しさせていただきます。引落の完了確認後、領収書を発行いたします。
3. 残高不足で引き落としができなかった場合は翌月に合わせて請求させていただきますが、2ヶ月間続けて引き落としができなかった場合は、現金で集金させていただく場合もあります。
4. 領収書の再発行は致しません。確定申告との医療費控除を受ける場合に必要です。大切に保管してください。

(9) 交通費・キャンセル料

ご利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、訪問前日の 17 時 00 分（営業時間内）までにご連絡ください。ご連絡なく、不在の場合はキャンセル料をいただきます。

① 交通費	請求いたしません。	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます	
	訪問日の前日 17 時 00 分までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	訪問日の前日 17 時 00 分までにご連絡のない場合	3000 円（保険外）を請求いたします。
③ 休日料金	事業所の休日（12/30～1/3）に医師の指示、またはご本人ご家族の希望により訪問になった場合	2,000 円/1 回を別途請求いたします。（保険適用外）
④ 自費	緊急時受診等の際、病院などへの付き添いが発生した場合にご家族が同席出来ない場合や付き添いの意向がなされない場合	18 時から 22 時までは 30 分ごとに 2,000 円 22 時から 6 時までは 30 分ごとに 2,500 円 6 時から 8 時までは 30 分ごとに 2,000 円 別途請求させていただきます。

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合や事業所の都合には、キャンセル料、休日料金は請求いたしません。

※緊急入院等、ご家族の対応が必要な場合には必ずご協力をお願いいたします。

※自費の場合には病院の要請による拘束時間を請求とさせていただきます。

6. 訪問日の変更について

ご利用者様のデイサービスや通院など、急遽訪問日の変更を希望される場合は前日の 17 時 00 分までにお知らせ下さい。当ステーションの諸事情により、訪問日の変更をお願いする場合もございます。何卒、ご理解ご協力の程宜しくお願い申し上げます

7. 非常災害時の対応

ご利用者様の居住区域において訪問看護を提供できない何らかの大災害が発生した場合、ご連絡の手段が確保されている場合を除いては急遽訪問看護の提供を取りやめる 場合がございます。その場合は、連絡手段が確保できた時点でご連絡いたしますのでご了承ください。

8. 緊急時・事故発生時の対応方法について

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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、事故発生時の対応についても市区町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等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。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会事業者総合保険
補償の概要	対人・対物事故、管理財産の破損、財物損壊を伴わない使用不能、人格権侵害、経済的損失、事故対応費用、対人見舞い費用など。

9. 相談窓口、苦情対応

当事業所のサービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

1. 利用者のご事情により、担当する訪問看護師の変更を希望される場合は、下記のご相談担当者までご相談ください。

2. 苦情処理の体制

相談・苦情については、所長及び担当訪問看護師が対応します。不在の場合でも対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者に引き継ぎます。

3. 苦情処理の体制及び手順

提供した指定訪問看護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

電話番号	072-657-8380
FAX 番号	072-657-8390
その他	相談・苦情については、所長及び担当訪問看護師が対応します。不在の場合でも対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、担当者、管理者に引き継ぎます。

- 当事業所以外に市役所の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

茨木市健康福祉部指導監査課

大阪府茨木市駅前町 3 丁目 8 番 13 号

電話：072-620-1809

高槻市役所健康福祉部福祉指導課

大阪府高槻市桃園町 2 番 1 号

電話：072-674-7821

大阪府国民健康保険団体連合会

大阪府大阪市中央区常磐町 1 丁目 3 番 8 号

電話：06-6949-5247

10. 虐待の防止について

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	看護師 孝橋 由佳
-------------	-----------

2. 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
3. 虐待防止のための指針の整備をしています。
4. 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
5. サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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。

11. サービスの提供にあたって

1. サービスの提供に先立って、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）を確認させていただきます。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ください。

2. 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、必要と認められるときは、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。
3. 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、主治の医師の指示並びに利用者の心身の状況、また利用者や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
4. サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行ないます。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ず
5. 看護職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

12. 居宅介護支援事業者等との連携

1. 指定訪問看護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
2. サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「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。
3. サービスの内容が変更された場合また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また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。

13. サービス提供の記録

1. 指定訪問看護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、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。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。

2. 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を提供した日から5年間保存します。
3. 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

14. 指定訪問看護サービス内容の見積もりについて

○ このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 訪問看護計画を作成する者

氏 名 _____

- (2) 提供予定の指定訪問看護の内容と利用料, 利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス内容	利用料	利用者負担額
月				
火				
水				
木				
金				

- (3) その他費用

交通費の有無	無
--------	---

(4) 1 か月当りのお支払い額

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計の目安

お支払い額の目安	円
----------	---

ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

【説明確認欄】 重要事項について文書を交付し、説明しました。

第1項 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例 116 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	〒567-0802 大阪府茨木市総持寺駅前町 6-6
	法人名	株式会社フルフィル
	代表者名	代表取締役 福岡 裕行
	事業所名	訪問看護ステーションふるる
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住 所	〒
	氏 名	

上記署名は、（ ）が代行しました。

代理人	住 所	
	氏 名	

【家族等緊急連絡先】	氏 名 _____ 続柄 _____
	住 所 _____
	電話番号 _____
	携帯電話 _____
	勤務先 _____
【家族等緊急連絡先】	氏 名 _____ 続柄 _____
	住 所 _____
	電話番号 _____
	携帯電話 _____
	勤務先 _____

当ステーションは大阪府看護協会・兵庫県看護協会・藍野大学の実習生を受け入れております。 訪問の際に実習生の受け入れが可能な方は同意するに印をお願い申し上げます。

同意する / 同意しない

自治体への情報提供

同意する / 同意しない

訪問看護ステーションふるる