

重要事項説明書 (医療保険)

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等について

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

基本療養費（医療）			利用料	利用者負担額		
				1 割	2 割	3 割
訪問看護基本療養費 1 (1 日につき)	看護師	週 3 日まで	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
		週 4 日以降	¥ 6, 550	¥ 655	¥ 1, 310	¥ 1, 965
	作業療法士等	週 3 日まで	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
		週 4 日以降	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
訪問看護基本療養費 II (1 日につき) 同一建物への訪問	看護師 同一日 2 人	週 3 日まで	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
		週 4 日以降	¥ 6, 550	¥ 655	¥ 1, 310	¥ 1, 965
	看護師 同一日 3 人以上	週 3 日まで	¥ 2, 780	¥ 278	¥ 556	¥ 834
		週 4 日以降	¥ 3, 280	¥ 328	¥ 656	¥ 980
	作業療法士等 同一日 2 人	週 3 日まで	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
		週 4 日以降	¥ 5, 550	¥ 555	¥ 1, 110	¥ 1, 665
	作業療法士等 同一日 3 人以上	週 3 日まで	¥ 2, 780	¥ 278	¥ 556	¥ 834
		週 4 日以降	¥ 2, 780	¥ 278	¥ 556	¥ 834
訪問看護療養費 III 入院中で在宅中に備えて一時的に外泊時 (入院中に一回もしくは 2 回)			¥ 8, 500	¥ 850	¥ 1, 700	¥ 2, 550

基本療養費（精神医療）				利用料	利用者負担額		
					1 割	2 割	3 割
精神科訪問看護 基本療養費Ⅰ （1日につき）	看護師 作業療法士	週3日まで	30分未満	¥4,250	¥425	¥850	¥1,275
			30分以上	¥5,550	¥555	¥1,110	¥1,665
		週4日以降	30分未満	¥5,100	¥510	¥1,020	¥1,530
			30分以上	¥6,550	¥655	¥1,310	¥1,965
精神科訪問看護 基本療養費Ⅲ （1日につき） 同一建物への訪問	看護師 作業療法士 同一日2人	週3日まで	30分未満	¥4,250	¥425	¥850	¥1,275
			30分以上	¥5,550	¥555	¥1,110	¥1,665
		週4日以降	30分未満	¥5,100	¥510	¥1,020	¥1,530
			30分以上	¥6,550	¥655	¥1,310	¥1,965
	看護師 作業療法士 同一日3人以上	週3日まで	30分未満	¥2,130	¥213	¥426	¥639
			30分以上	¥2,780	¥278	¥556	¥834
		週4日以降	30分未満	¥2,550	¥255	¥510	¥765
			30分以上	¥3,280	¥328	¥656	¥984
精神科訪問看護療養費Ⅳ 入院中で在宅中に備えて一時的に外泊時 （入院中に一回もしくは2回）				¥8,500	¥850	¥1,700	¥2,550

管理療養費（医療・精神医療）		利用料金	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問日）		¥ 7,710	¥771	¥1,542	¥2,313
訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問日）		¥ 3,010	¥301	¥602	¥903
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅰ（死亡月1回）		¥ 25,000	¥2,500	¥5,000	¥7,500
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅱ（死亡月1回）		¥ 10,000	¥1,000	¥2,000	¥3,000
訪問看護情報提供療養費 1, 2, 3	月 1 回	¥1,500	¥150	¥300	¥450
訪問看護遠隔診療補助料		¥2,650	¥265	¥530	¥795
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	月 1 回	¥1,050	¥105	¥210	¥315
訪問看護物価対応料	月の初日の訪問日	¥60	¥6	¥12	¥18
	月の2日目以降の訪問日	¥20	¥2	¥4	¥6

加算（医療・精神医療）		利用料金	利用者負担額		
			1 割	2 割	3 割
24時間対応体制加算（月1回）		¥6,520	¥652	¥1,304	¥1,956
夜間（18時～22時まで）訪問看護加算 1回につき		¥2,100	¥210	¥420	¥630
深夜（22時～6時まで）訪問看護加算 1回につき		¥4,200	¥420	¥840	¥1,260
早朝（6時～8時まで）訪問看護加算 1回につき		¥2,100	¥210	¥420	¥630
緊急訪問看護加算	1日につき （月14日目まで）	¥2,650	¥265	¥530	¥795
精神科緊急訪問看護加算	1日につき （月15日目以降）	¥2,000	¥200	¥400	¥600
長時間訪問看護・精神科訪問看護加算 （特別訪問看護指示書発行時 90分越）		週 1 回	¥5,200	¥520	¥1,040
複数名訪問看護加算		週 1 回	¥4,500	¥450	¥900
複数名精神科訪問看護加算 （30分未満の場合を除く）	1日に1回	¥4,500	¥450	¥900	¥1,350
	1日に2回	¥9,000	¥900	¥1,800	¥2,700
退院支援指導加算 （退院日に訪問を行った時）	退院日の翌日以降 初日に加算	¥6,000	¥600	¥1,200	¥1,800
	長時間（90分以上） の場合	¥8,400	¥840	¥1,680	¥2,520
退院時共同指導加算		退院日の翌日以降 初日に加算	¥8,000	¥800	¥1,600
特別管理加算	1月あたり	¥2,500	¥250	¥500	¥750
	1月あたり 重症度が高い利用者	¥5,000	¥500	¥1,000	¥1,500

訪問看護医療情報連携加算	月一回	¥1,000	¥100	¥200	¥300
在宅患者連携指導加算	月一回	¥3,000	¥300	¥600	¥900
訪問看護医療DX情報活用加算	月一回	¥50	¥5	¥10	¥15

※ **24 時間対応体制加算**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、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。

※ **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際に緊急時訪問を必要に応じて行っ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。

※ **退院支援指導加算**は、厚生労働大臣が定める疾病や状態にあるご利用者様、主治医が必要だと判断したご利用者様に対して、退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に加算されます。

※ **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。

※ **長時間訪問看護加算**は、特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合、訪問看護の所定サービス費(1時間以上1時間30分未満)に加算します。なお、当該加算を算定する場合は、別途定めた1時間30分を超過する部分の利用料は徴収しません。

※ **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。

※ **訪問看護医療情報連携加算**は、当ステーションが医療機関や薬局、ケアプランセンター等とICTを用いて情報を取得・活用・共有し計画的な管理を行う際に加算されます。

※ **在宅患者連携指導加算**は、在宅で療養されており通院困難な利用者またはその家族などの同意を得て月2回以上医療関係職種間で文書などで共有された情報をもとに利用者またはその家族などに対して指導などを行った場合に算定されます。

※ 訪問看護医療DX情報活用加算は、厚生労働省が定める基準に適合しているものとして、地方厚生局長に届け出た訪問看護ステーションの看護師等が、電子資格確認により利用者の診療情報を取得したうえで指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行ったために算定されます。

※ ベースアップ評価料は、厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして、地方厚生局長等に届け出た訪問看護ステーションが、主として医療に従事する職員の賃金改善を図る体制にある場合に算定されます。

＜ 24時間対応体制加算について ＞

【 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)

(7) 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。

(8) 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. 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、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

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、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。

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
-----------------	---	---	---

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

