

## 重要事項説明書

様

訪問看護ステーションハッピー

契約日 令和 年 月 日

## 1 指定訪問看護（介護予防訪問看護）サービスを提供する事業者について

|                       |                                                                |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------|
| 事業者名称                 | 合同会社訪問看護ステーションハッピー                                             |
| 代表者氏名                 | 代表社員 井上亜也                                                      |
| 本社所在地<br>(連絡先及び電話番号等) | 沼津市岡一色30-2プリンスマンション沼津202<br>電話 055-925-0973・ファックス 055-925-0973 |
| 法人設立年月日               | 令和6年2月1日                                                       |

## 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

### (1) 事業所の所在地等

|                    |                                                   |
|--------------------|---------------------------------------------------|
| 事業所名称              | 訪問看護ステーションハッピー                                    |
| 介護保険指定<br>事業所番号    | 2261190447                                        |
| 事業所所在地             | 静岡県沼津市岡一色18-1 ベルハイム201                            |
| 連絡先<br>相談担当者名      | TEL. 055-946-5670 ・ FAX. 055-946-5672<br>管理者 井上亜也 |
| 事業所の通常の<br>事業の実施地域 | 沼津市（戸田、静浦、西浦、内浦の各地域を除く）、長泉町、裾野市（須山、十里木の各地域を除く）    |

### (2) 事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                      |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）の利用者、障害のある利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った指定訪問看護（介護予防訪問看護）、医療保険制度に基づく訪問看護、保険適用外の訪問看護サービスを行う。           |
| 運営の方針 | 利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。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。 |

### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|      |                                                     |
|------|-----------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日～土曜日、<br>ただし、祝日、年末年始（12/29～1/3）、お盆（8/13～8/15）除く。 |
| 営業時間 | 9時～18時<br>ただし、利用者の希望に応じて、上記時間外でも、サービス提供可能な体制をとります。  |

### (4) 事業所の職員体制

（令和7年7月1日現在）

| 職種        | 人員数          |
|-----------|--------------|
| 管理者       | 常勤 1名        |
| 看護職員（看護師） | 常勤 2名、非常勤 2名 |
| 事務職員      | 非常勤 2名       |

※24 時間電話対応し、緊急時は訪問する体制をとります。

### 3 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

| サービス区分と種類         | サービスの内容                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 指定（介護予防）訪問看護計画の作成 | 主治の医師の指示並びに利用者に係る居宅サービス事業者又は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指定（介護予防）訪問看護計画を作成します。                                                                      |
| 指定（介護予防）訪問看護の提供   | 指定（介護予防）訪問看護計画に基づき、指定（介護予防）訪問看護を提供します。<br>具体的な指定（介護予防）訪問看護の内容<br>① 病状・障害の観察<br>② 清拭・洗髪等の清潔の保持<br>③ 食事および排泄等日常生活の世話<br>④ 床ずれの予防・処置<br>⑤ 認知症患者の看護<br>⑥ 療養生活や介護方法の指導<br>⑦ カテーテル等の管理<br>⑧ その他医師の指示による医療処置 |

#### (2) 看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供にあたって、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 その他利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

#### (3) 費用について

別紙参照

### 4 その他の費用について

|          |                                                                                          |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 交通費    | 利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合は、事業所から片道 30km 未満 300 円/回、30km 以上 50km 未満 400 円/回、50km 以上 500 円/回 |
| ② キャンセル料 | 急な用事や、急な入院等の場合の際はご連絡下さい。<br>キャンセル料は請求いたしません。                                             |

5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）その他の費用の請求及び支払い方法について

|                                         |                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等  | <p>ア 利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>                                                         |
| ② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等 | <p>ア 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>（ア）指定口座への振り込み<br/>（イ）利用者指定口座からの自動振替<br/>（ウ）現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p> |

※ 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらに支払いの催促から 14 日以上経過しても支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する看護職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

|                                                          |                                                                                                                |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者のご事情により、担当する介護予防訪問看護職員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。 | <p>相談担当者氏名 井上 亜也</p> <p>連絡先電話番号 055-946-5670</p> <p>同ファックス番号 055-946-5672</p> <p>受付曜日及び受付時間 月～土 9：00～18：00</p> |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 担当する看護職員としては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 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、要支援もしくは要介護認定の有無及び有効期間）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。
- (3) 主治の医師の指示並びに利用者に係る居宅サービス支援者もしくは介護予防支援事業者が作成するサービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、指定（介護予防）訪問看護計画を作成します。なお、作成した指定（介護予防）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いたします。

- (4) サービス提供は指定（介護予防）訪問看護計画に基づいて行います。なお、指定（介護予防）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。
- (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います。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

|             |           |
|-------------|-----------|
| 虐待防止に関する担当者 | 管理者 井上 亜也 |
|-------------|-----------|

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員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) 従業員に対して、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、当該事業所従業員又は養護者（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) 事業者及びその従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく在職中及び退職後において、第三者に漏らしません。これは、この契約終了後も同様とします。
- (2) 事業所は、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ンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- (3) 事業所は、利用者の個人情報については利用者から、その家族の個人情報についてはその家族から予め文章で同意を得ない限り、利用者の居宅サービス計画等の立案のためのサービス担当者会議、居宅サービス事業者等との連絡調整等において、利用者又はその家族の個人情報を用いません。

## 10 緊急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な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。

|            |                                           |
|------------|-------------------------------------------|
| 【家族等緊急連絡先】 | 氏 名<br>住 所<br>電 話 番 号<br>携 帯 電 話<br>勤 務 先 |
| 【主治医】      | 医療機関名<br>氏 名<br>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（介護予防）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、利用者に係る介護予防支援事業者もしくは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（介護予防）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 | 公益財団法人日本訪問看護財団 |
| 保険名   | あんしん総合保険制度     |

## 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。

## 13 心身の状況の把握

指定介護予防訪問看護の提供にあたっては、介護予防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。

## 14 居宅介護支援事業所もしくは介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防訪問看護の提供にあたり、介護予防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指定（介護予防）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（介護予防）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（介護予防）支援事業者に送付します。

## 15 サービス提供の記録

- ① 指定（介護予防）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（介護予防）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。
- ④ 提供した指定（介護予防）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 衛生管理等

- (1) 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。
- (2) 指定（介護予防）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。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
  - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
  - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
  - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的の実施します。

## 17 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定（介護予防）訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 18 サービス提供に関する相談、苦情について

提供した指定（介護予防）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）

### (1) 苦情申立の窓口

|                                                |                                                                                                  |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>訪問看護ステーションハッピー<br>管理者 井上 亜也 | 所在地 沼津市岡一色 18-1 ベルハイム 201<br>電話番号 055-946-5670<br>ファックス番号 055-946-5672<br>受付時間 9：00～18：00（月～土曜日） |
| <b>【市町村（保険者）の窓口】</b><br>沼津市役所 市民福祉部<br>長寿福祉課   | 所在地 沼津市御幸町 1 6 - 1<br>電話番号 055-934-4873<br>ファックス番号 055-935-0335<br>受付時間 8：30～17：15（平日のみ）         |

|                                      |                                                                                              |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>長泉町役場 長寿介護課         | 所 在 地 駿東郡長泉町中土狩 8 2 8<br>電話番号 055-989-5511<br>ファックス番号 055-989-5515<br>受付時間 8：30～17：15（平日のみ）  |
| 【市町村（保険者）の窓口】<br>裾野市役所 介護保険課         | 所 在 地 裾野市佐野 1 0 5 9 番地<br>電話番号 055-995-1821<br>ファックス番号 055-992-4447<br>受付時間 8：30～17：15（平日のみ） |
| 【公的団体の窓口】<br>静岡県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 所 在 地 静岡市葵区春日 2 丁目 4 番 3 4 号<br>電話番号 054-253-5590<br>受付時間 9:00～17:00（平日のみ）                   |

19 提供するサービスの質の評価及び第三者評価の実施状況

|                     |                                           |    |
|---------------------|-------------------------------------------|----|
| 自己評価（質の評価）<br>の取り組み | 当事業所では、自己評価の実施など、サービスの質の向上の為の取り組みを行っています。 |    |
| 第三者評価<br>の実施状況      | 実施の有無                                     | なし |
|                     | 実施した直近の年月日                                | なし |
|                     | 実施した評価機関の名称                               | なし |
|                     | 評価結果の開示状況                                 | なし |

20 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、利用者に説明を行いました。

|       |   |
|-------|---|
| 事業所名  |   |
| 説明者氏名 | 印 |

上記内容の説明を事業者から確かに受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利用者

|    |   |
|----|---|
| 住所 |   |
| 氏名 | 印 |

代理人

|    |   |
|----|---|
| 住所 |   |
| 氏名 | 印 |
| 続柄 |   |

別紙

1. 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

※ 訪問看護の場合（昼間）

| サービス提供時間帯          | 基本単位 | 利用料     | 利用者負担  |        |        |
|--------------------|------|---------|--------|--------|--------|
|                    |      |         | 1 割負担  | 2 割負担  | 3 割負担  |
| 20 分未満             | 314  | 3205 円  | 321 円  | 641 円  | 962 円  |
| 30 分未満             | 471  | 4808 円  | 481 円  | 962 円  | 1443 円 |
| 30 分以上 1 時間未満      | 823  | 8402 円  | 841 円  | 1681 円 | 2521 円 |
| 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | 1128 | 11516 円 | 1152 円 | 2304 円 | 3455 円 |

※ 介護予防訪問看護の場合（昼間）

| サービス提供時間帯          | 基本単位 | 利用料     | 利用者負担  |        |        |
|--------------------|------|---------|--------|--------|--------|
|                    |      |         | 1 割負担  | 2 割負担  | 3 割負担  |
| 20 分未満             | 303  | 3093 円  | 310 円  | 619 円  | 928 円  |
| 30 分未満             | 451  | 4604 円  | 461 円  | 921 円  | 1382 円 |
| 30 分以上 1 時間未満      | 794  | 8106 円  | 811 円  | 1622 円 | 2432 円 |
| 1 時間以上 1 時間 30 分未満 | 1090 | 11128 円 | 1113 円 | 2226 円 | 333 円  |

| 提供時間帯名 | 早朝                   | 昼間                   | 夜間                    | 深夜                    |
|--------|----------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 時 間 帯  | 午前 6 時から<br>午前 8 時まで | 午前 8 時から<br>午後 6 時まで | 午後 6 時から<br>午後 10 時まで | 午後 10 時から<br>午前 6 時まで |

サービス提供開始時刻が早朝・夜間の場合は 1 回につき所定単位数の 25/100、深夜の場合は 50/100 に相当する単位が加算されます。

- ※ 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、ケアプラン及び指定（介護予防）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、指定（介護予防）訪問看護サービス計画の変更の援助を行うとともに指定（介護予防）訪問看護計画の見直しを行います。
- ※ 当事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは当事業所と同一建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物に居住する利用者サービス提供を行った場合は、上記金額の 90/100 となり、当事業所における一月当たりの利用者が同一敷地内建物等に 50 人以上居住する建物に居住する利用者に対して、サービス提供を行った場合は、上記金額の 85/100 となります。
- ※ 主治の医師（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指定（介護予防）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訪問看護の提供となります。

※ 端数処理等により、上記料金表と実際の請求金額が異なる場合があります。

## 2. 加算料金

以下の要件を満たす場合、以下の料金が加算されます。

| 加算          | 基本<br>単位 | 利用料      | 利用者負担     |           |           | 算定回数等                              |
|-------------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|------------------------------------|
|             |          |          | 1 割<br>負担 | 2 割<br>負担 | 3 割<br>負担 |                                    |
| 緊急時訪問看護加算   | 600      | 6,126 円  | 613 円     | 1,226 円   | 1,838 円   | 1 月に 1 回                           |
| 特別管理加算 (Ⅰ)  | 500      | 5,105 円  | 511 円     | 1,021 円   | 1,532 円   | 1 月に 1 回                           |
| 特別管理加算 (Ⅱ)  | 250      | 2,552 円  | 256 円     | 511 円     | 766 円     |                                    |
| 初回加算        | 350      | 3,573 円  | 358 円     | 715 円     | 1072 円    | 初回のみ                               |
| 退院時共同指導加算   | 600      | 6,126 円  | 613 円     | 1,226 円   | 1,838 円   | 1 回あたり                             |
| 複数名訪問加算 (Ⅰ) | 254      | 2,593 円  | 260 円     | 519 円     | 778 円     | 複数の看護師等が同時に実施した場合 30 分未満 (1 回につき)  |
| 複数名訪問加算 (Ⅱ) | 402      | 4,104 円  | 411 円     | 821 円     | 1,232 円   | 複数の看護師等が同時に実施した場合 30 分以上 (1 回につき)  |
| 長時間訪問看護加算   | 300      | 3,063 円  | 306 円     | 613 円     | 919 円     | 1 回につき                             |
| ターミナルケア加算   | 2500     | 25,525 円 | 2,553 円   | 5,105 円   | 7,658 円   | 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提供 |

※ 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 時間対応できる体制を整備し、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算定します。その月の 1 回目の緊急時訪問では、早朝・夜間、深夜の時間帯に訪問した場合でも、早朝・夜間、深夜加算しませんが、同月の 2 回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の時間帯に訪問した場合、早朝・夜間、深夜加算されます。なお、同意書面は別添のとおりです。

※ 特別管理加算は、別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対して、指定介護予防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。別に厚生労働大臣が定めると別な管理を必要とする状態とは、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、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

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介護予防訪問看護を行った場合に算定します。

- ※ 初回加算は新規に介護予防訪問看護計画を作成した利用者に対し、介護予防訪問看護を提供した場合に加算します。また退院時共同指導加算を算定する場合は算定しません。
- ※ 退院時共同指導加算は、入院中又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、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た後に初回の指定介護予防訪問看護を行った場合に算定します。また初回加算を算定する場合は算定しません。
- ※ 複数名訪問加算は、複数の看護師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)に算定します。
- ※ 長時間介護予防訪問看護加算は、特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える介護予防訪問看護を行った場合、介護予防訪問看護の所定サービス費(1時間以上1時間30分未満)に算定します。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。
- ※ 看護体制強化加算は、医療ニーズの高い利用者への指定介護予防訪問看護の体制を強化した場合に算定します。
- ※ サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して介護予防訪問看護を行った場合に算定します。
- ※ 地域区分別の単価(7級地 10.21円)を含んでいます。
- ※ 端数処理等により、上記料金表と実際の請求金額が異なる場合があります。

### 3. その他

- ・エンゼルケア(実費): 20,000円(材料費含む)

## 緊急時訪問看護同意書

|      |                    |
|------|--------------------|
| 法人名  | 合同会社訪問看護ステーションハッピー |
| 事業所名 | 訪問看護ステーションハッピー     |
| 代表者  | 井上亜也               |

私は、担当者より重要事業説明書別紙で緊急時訪問看護及び予防緊急時訪問看護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。

令和            年            月            日

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族 氏名 \_\_\_\_\_ 印

(利用者との関係) \_\_\_\_\_

(代筆) 代筆者 氏名 \_\_\_\_\_ 印