

重要事項説明書 (訪問看護・リハビリテーション)

居宅サービス提供にあたり、当事業者が説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	株式会社 シンクハピネス
主たる事業所の所在地	183-0015 東京都府中市清水が丘 3-29-5 トラットリア K&M101 号室
法人種別	株式会社
代表者の氏名	代表取締役 糟谷明範
電話番号	042-302-2006

2. ご利用事業所

事業所の名称	LIC 訪問看護リハビリステーション
所在地	183-0015 東京都府中市清水が丘 3-29-5 トラットリア K&M101 号室
介護保険事業所番号	1363890144
管理者の氏名	黒沢 勝彦
電話番号	042-302-2006
ファクシミリ番号	042-302-2007
営業日	月曜日～土曜日・祝日 (但し 12/30～1/3 除く)
営業時間	8 時 30 分～17 時 30 分

3. 当該事業者であわせて実施する事業

事業の種類	都道府県知事の指定	
	指定年月日	指定番号
訪問看護・介護予防訪問看護	平成 27 年 3 月 1 日	1363890144

4. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	療養上の世話又は必要な診療の補助を行なうことにより、利用者が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ことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図ることを目的とする。
運営の方針	当サービスにあたっては、地域及び行政機関等との連携を密にして、家庭との結びつきを重視した運営を行なう。

5. 利用対象者

- ・介護保険にて要支援、要介護と認定された方
- ・医療保険にて在宅支援等が必要と医師が判断した方

6. 通常の事業実施地域

府中市全域、国立市一部【東・富士見台】、国分寺市一部【東元町・西元町】

稲城市一部【押立・大丸】

調布市一部【富士見町1～4丁目・飛田給1～3丁目・上石原1～3丁目

下石原1～3丁目・多摩川1丁目～7丁目・小島町1～3丁目

調布ヶ丘1，2丁目】

7. サービス内容

- (1) 療養上の世話に関すること
- (2) 医師の指示のもとに行なう診療の補助
- (3) 療養上の相談に関すること

訪問看護・リハビリテーション職員は下記の時間帯において勤務を遂行いたします。

勤務時間帯 月曜日～土曜日 8時30分～17時30分（12/30～1/3は除く）

※ただし、常時24時間連絡体制あり。（別途契約が必要）

8. 苦情・相談等申出窓口

当施設のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、当施設相談窓口までお気軽にご相談お申出下さい。

受付窓口（担当者） 氏名：黒沢 勝彦
電話番号：042-302-2006

受付時間 月曜日～土曜日・祝日 8時30分～17時30分
責任をもって調査し、その処理の結果を相当の時期までにご本人に通知いたします。

また、当事業所以外に下記の相談・苦情窓口に苦情を伝えることができます。

・府中市福祉保健部高齢者支援課 福祉相談係	042-335-4496
・国立市健康福祉部高齢者支援課 高齢者支援係	042-576-2111
・国分寺市高齢者支援課（国分寺市地域包括支援センター）	042-321-1301
・調布市役所高齢者支援室 高齢福祉担当	042-481-7149
・東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口	03-6238-0177

※受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時まで

9. 利用料

【介護保険】

要支援 1～2の方

介護保険		単位数	費用額(10割)	負担額 (1割/2割/3割)
予訪看 I 1	20分未満	303	¥3348	¥334/669/1,004
予訪看 I 2	30分未満	451	¥4,983	¥498/996/1,494
予訪看 I 3	30分以上1時間未満	794	¥8,773	¥877/1,754/2,631
予訪看 I 4	1時間以上1時間30分未満	1,090	¥12,044	¥1,204/2,408/3,613
予訪看 I 5	理学療法士等による訪問の場合(1回/20分)	284	¥3,138	¥313/627/941
予訪看 I 5×2	理学療法士等による訪問の場合(1回/20分)×2	568	¥6,276	¥627/1,255/1,882

要介護 1～5の方

介護保険		単位数	費用額(10割)	負担額 (1割/2割/3割)
訪看 I 1	20分未満	314	¥3,469	¥346/693/1,040
訪看 I 2	30分未満	471	¥5,204	¥520/1,040/1,561
訪看 I 3	30分以上1時間未満	823	¥9,094	¥909/1,818/2,728
訪看 I 4	1時間以上1時間30分未満	1,128	¥12,464	¥1,246/2,492/3,739
訪看 I 5	理学療法士等による訪問の場合(1回/20分)	294	¥3,248	¥324/649/974
訪看 I 5×2	理学療法士等による訪問の場合(1回/20分)×2	588	¥6,497	¥649/1,299/1,949
訪看 I 5・2超	理学療法士等による訪問の場合60分の訪問 (1日に2回を超えて実施する場合)	792	¥8,751	¥875/1,750/2,625

注 同一建物に対する減算に該当する場合

上記単位数の10%減

注 准看護師が指定訪問看護を行った場合

上記単位数の10%減

* 夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)の場合

上記単位数の25%増

* 深夜(22:00～6:00)の場合

上記単位数の50%増

【介護保険加算等】

		単位数	費用額(10割)	利用者負担額 (1割/2割/3割)
初回加算(Ⅰ)	1月につき	+350	¥3,867	¥386/773/1,160
初回加算(Ⅱ)	1月につき	+300	¥3,315	¥331/663/994
緊急時訪問看護加算1	1月につき	+600	¥6,630	¥663/1,326/1,989
特別管理加算(Ⅰ)	1月につき	+500	¥5,525	¥552/1105/1,657
特別管理加算(Ⅱ)	1月につき	+250	¥2,762	¥276/552/828
長時間訪問看護加算	1回につき	+300	¥3,315	¥331/663/994
複数名訪問加算(Ⅰ) (2名の看護師等が同時に 訪問看護を行う場合)	30分未満 1回につき	+254	¥2,806	¥280/561/841
	30分以上 1回につき	+402	¥4,442	¥444/888/1,332
ターミナルケア加算	逝去月	+2500	¥27,625	¥2,762/5,525/8,287
退院時共同指導加算	1回につき	+600	¥6,630	¥663/1,326/1,989
看護体制強化加算(Ⅰ)	1月につき	+550	¥6,077	¥607/1,215/1,823
看護体制強化加算(Ⅱ)	1月につき	+200	¥2,210	¥221/442/663
予防看護体制強化加算	1月につき	+100	¥1,105	¥110/221/331
サービス提供強化加算	1回につき	+6	¥66	¥6/13/19
看護・介護職員連携強化加算	1月につき (予防訪問看護を除く)	+250	¥2,762	¥276/552/828

※ご利用者様負担額は介護保険負担割合証に記載されております負担割合に応じて、1～3割となります。料金につきましては、介護保険の端数処理の都合上、若干の誤差が生じることがございます。

【医療保険】

医療保険		費用額
訪問看護基本療養費 I	週 3 日まで	¥5,550
	週 4 日目以降	¥6,550
訪問看護管理療養費	月の初日 (機能強化型訪問看護管理療養費 2)	¥10,030
	月 2 日目以降	¥3,000

【加算】

24 時間対応体制加算	1 月につき	¥6,800
特別管理加算 (高)	1 月につき	¥5,000
特別管理加算	1 月につき	¥2,500
複数名訪問看護加算	週 1 回	¥4,500
難病等複数回訪問加算	1 日 2 回まで (1 回)	¥4,500
	1 日 3 回以上	¥8,000
早朝・夜間加算	6 時～8 時・18 時～22 時	¥2,100
深夜加算	22 時～6 時	¥4,200
長時間訪問看護加算	週 1 回まで	¥5,200
緊急時訪問看護加算	1 日につき	¥2,650
退院支援指導加算 (長時間 (90 分以上) 支援を行った場合)	1 回につき	¥6,000
	1 回につき	¥8,400
退院時共同指導加算	1 回につき	¥8,000
特別管理指導加算	1 回につき	¥2,000
在宅患者連携指導加算	1 月につき	¥3,000
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	1 月につき 2 回まで	¥2,000
訪問看護ターミナルケア療養費 1	逝去月	¥25,000
情報提供療養費 1	1 月につき	¥1,500

※該当保険の自己負担割合が支払い額となります。

【介護保険】

緊急時訪問看護加算 1・特別管理加算 I・特別管理加算 II・ターミナルケア加算

【医療保険】

24 時間対応体制加算・特別管理加算 (高)・特別管理加算・ターミナルケア療養費

私は、本書面に基づいて、乙の職員(職名 _____ 氏名 _____)から
上記加算の内容の説明を受け、同意致します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

(利用者) 氏名 _____ 印

(家族代表) 氏名 _____ 印

【自費】

保険外(自費)		費用額(税別)
エンゼルケア料		¥20,000
延長料金	1時間につき	¥6,000
旅行等1日同伴	交通費、宿泊費、食事代別	¥50,000
交通費	提供実施地域外：1回	¥400
訪問相談料	1回につき	¥6,000

【その他】

(キャンセル料の徴収)

当日キャンセルのみご利用料金の10割を頂戴しております。(緊急受診の場合除く)

10. 支払方法

方法	支払期限	備考
1 自動引き落とし	毎月27日	金融機関休業の場合は翌営業日になります。
2 口座振り込み	毎月末日まで	振込手数料はご利用者様のご負担となります。
3 現金払い	毎月末日まで	領収書の発行は次介入時になります。

※支払方法は上記よりお選び頂けます。なお、自動引き落としに関しては別紙申込み用紙への記入が必要となります。

11. 事故発生時の対応

サービス提供中に怪我等があった場合は、すみやかに家族、保険関係者に連絡をとり必要且つ適切な措置を行います。

また、ヒヤリハット、事故報告書等を用い職員間で話し合う機会を作り原因究明、再発防止を検討します。

12. 緊急時の対応

サービス提供中に病状が急変した場合は、応急処置を行なうと共に速やかに家族、主治医、その他関係機関に連絡をとり対応します。

私は、本書面に基づいて、乙の職員（職名 _____ 氏名 _____）から
上記サービス内容と重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

（利用者）

住 所：

氏 名： _____ 印

（署名代行者）

私は、下記の理由により、甲の意思を確認した上、上記署名を行いました。

住 所：

氏 名： _____ 印

署名代行の理由

（利用者の家族等）

住 所：

氏 名： _____ 印

