

訪問看護 重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人社団 京浜会 京浜病院訪問看護ステーションよろこび
所在地	〒143-0013 東京都大田区大森南 1-16-3-304
代表者名	所長 青山 美恵
電話番号	03-6423-2131
事業所番号	訪問看護 (1361190620)
サービス提供地域	大田区 品川区

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談下さい。

2. 事業の目的と運営方針

要介護状態、または要支援状態の軽減、悪化の防止、要介護状態となることの予防を目的に、かかりつけの医師の指示のもと、利用者の心身の状態を踏まえ、適切な看護技術をもって、計画的な訪問看護を行います。

利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援します。

また、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

3. 当事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算 後の人数 (人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1			従業者及び業務の 管理
訪問 看護 員	保健師				1
	看護師	4	2	2	
	理学療法士	1(1)	1(1)	0	
	作業療法士				
	言語聴覚士				
事務	1	1			

※()内は男性再掲

※管理者は看護師(常勤)の人数に再掲

4. 営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	8:45～17:15
休業日	日・年末年始(12月30日～1月3日)

5. 利用料

介護保険の適用がある場合は、料金表のサービス費の1割または2割または3割が利用者負担金となります。

ただし、契約期間中に関係法令が改定された場合は、改定後の金額を適用します。

また、介護保険の適用がない場合や、介護保険での給付の範囲を超えたサービス費は全額が利用者様の負担となります。

別紙【介護保険料金表】をご参照ください。

6. 緊急時の対応方法

病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）

居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者へ連絡をします。

7. 苦情申立窓口

当事業所のお客様 苦情・相談窓口	電 話 03-6423-2131 管 理 者 青山 美恵 ご利用時間 平日 8:45~17:15
大田区役所 高齢福祉課	住 所 〒144-8621 大田区蒲田五丁目13番14号 電 話 03-5744-1111 ご利用時間 平日 8:30~17:00
品川区役所 高齢福祉課	住 所 〒140-8715 品川区広町2-1-36 電 話 03-5742-6728 ご利用時間 平日 8:30~17:15
蒲田医師会	住 所 〒144-0052 大田区蒲田4-24-12 電 話 03-5714-0888 ご利用時間 平日 9:00~17:00
国民健康保険団体連合 会	住 所 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京都政会館 11 階 介護保険部相談指導課相談窓口担当 電 話 03-6238-0177 ご利用時間 平日 9:00~17:00

訪問看護費加算同意書

理学療法士等の看護師の代わりに訪問すること 同意します 同意しません

複数名訪問看護加算

一人で看護を行うことが

困難な場合2人以上による訪問看護 同意します 同意しません

長時間訪問看護加算

特別管理加算の算定者であり

1. 5時間以上の訪問看護をした場合 同意します 同意しません

緊急時訪問看護加算

看護に関する相談に常時対応し、緊急時の訪問

必要に応じ行うことができる体制 同意します 同意しません

※早朝・深夜の訪問は交通費(タクシー代等)の請求がございます。

特別管理加算（Ⅰ）

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 同意します 同意しません

特別管理加算（Ⅱ）

1.在宅自己腹膜灌(かん)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(とう)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

2.人工肛(こう)門又は人工膀胱(ぼうこう)を設置している状態

3.真皮を越える褥瘡(じよくそう)の状態

4.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

同意します 同意しません

サービス提供体制強化加算Ⅰ

同意します 同意しません

初回加算新規契約時および

過去二月の利用実績がない場合

同意します 同意しませ

退院時共同指導加算保健師、看護師、理学療法士等

(准看護師を除く)による共同指導の実施 同意します 同意しません

重要事項説明年月日 令和 年 月 日

(乙)当事業者は、甲に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項を説明しました。

(乙)居宅サービス事業者

所在地 〒143-0013 東京都大田区大森南 1-16-3-304

名称 医療法人社団京浜会
京浜病院訪問看護ステーションよろこび (印)

説明者 氏名 青山 美恵 (印)

(甲)私は、サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容および重要事項の説明を受けました。

利用者
氏名 (印)

利用者の家族 氏名 (印)