

重要事項説明書

訪問看護の提供開始にあたり、厚生労働省令第37号の第8条に基づいて、事業者が説明すべき重要事項は次の通りです

1. 事業所の概要

事業所名称	医療法人社団愛友会いきいき訪問看護
所在地	神奈川県川崎市幸区南幸町 2-34-2 2F
提供可能サービス	訪問看護・介護予防訪問看護
事業所番号	神奈川県指定 1465190186
代表者名	理事長 武知 由佳子
連絡先	TEL 044-396-0290 FAX 044-396-0289
営業地域	4.5 km以内 川崎市幸区（一部）、川崎市川崎区（一部）、横浜市鶴見区（一部）

2. 事業所の目的と運営方針

事業の目的

居宅において、主治医が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供すること目的とします

運営方針

- 1) 愛友会いきいき訪問看護（以下、本事業所という）の看護師その他の従業者は、利用者の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、要介護状態の軽減又は悪化防止に資するように、療養上の目標を設定して支援します
- 2) 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係区市町村、地域の保健・医療福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
- 3) 本事業所は、必要などきに必要な訪問看護が行えるよう、事業実施体制の整備に努めます

3. 事業所の職員

職種	常勤	非常勤
管理者（看護師）	1名	
看護師・保健師	1名	1名
リハ		2名

4. 営業時間

営業日・営業時間	月曜—金曜日（休日：土曜日、日曜日、祝日、夏季休業、年末年始 他） 営業時間：8：30—17：30（通常の訪問看護を行う時間は9:00 - 17:00）
----------	---

5. 利用料

保険種別	介護保険利用の場合	医療保険（老人・健康保険による訪問看護）
	介護保険の被保険者で、要介護状態等の認定を受けて主治医が訪問看護の必要性を認めた方	介護保険の対象でない（非該当者の）方で、主治医が訪問看護の必要性を認めた方
利用料金	訪問看護 別紙：参照 *1日単位の所定点数または療養費の1～3割（介護保険負担割合票にて確認）	基本料金 別紙：参照 *1日単位の所定点数または療養費の1～3割（医療証、その他受給者証の有無によって異なる）

※介護保険での利用時：居宅サービス計画を作成し保険給付限度内の方は、上記にある負担金（交通費など別途）の支払い。それ以外の方は利用料10割を支払う。介護保険料未払いの方は3割負担。

※その他の利用料は別に定める。

6. その他

①自己負担金のお支払方法

口座振替（サービス提供月の月末締め、翌月1回払い）

②キャンセル 利用者が利用を変更、中止する場合は当事業所にご連絡下さい。

ご連絡をいただく時間	キャンセル料
前日までにご連絡を頂いた場合	不要
当日、訪問までのご連絡の場合	1000円を請求いたします
訪問までにご連絡のない場合	1提供あたりの料金の100%を請求いたします

*但し、利用者の体調の急変など緊急やむを得ない事情の場合は除きます。

③利用終了 1ヶ月以上訪問看護の利用が無い際にはいったん契約が終了となります。

（入院・施設入所 他）在宅サービス再開の際にケアマネージャーを通じて改めてお問い合わせください。

④交通費

1回の訪問看護にあたり以下の交通費をいただきます。

- ・実施地域4.5kmを超えた場合は300円を別途頂戴いたします。

*以下の場合は実費頂戴いたします。

- ・車使用の場合でコインパーキング使用。
- ・天候不良などで公共交通機関使用。
- ・夜間等の緊急対応時のタクシー使用。

7. 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故・体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき御家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡いたします。

医療機関等	主治医等の氏名 武知 由佳子 連絡先 TEL 044-522-5556 FAX
緊急連絡先	① 氏名 ②氏名 ① 連絡先 ②連絡先
居宅支援事業所	事業所名 担当 様 連絡先

8. 相談窓口 苦情・相談対応

当事業所 愛友会いきいき訪問看護	管理者:北見 幸子
各地域包括支援センター 鹿嶋田地域包括	電話 044-540-3222
各区保健福祉センター 幸区	電話 044-556-6666
神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）	電話 045-329-3400

9. 当法人の概要 医療法人社団愛友会

在宅療養支援診療所、呼吸器内科、内科
いきいきクリニック 院長 武知由佳子
川崎市幸区南幸町 2-34-2 TEL 044-522-5556

2024.9.1

重要事項説明書確認及び同意書

2025年 1月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項について説明しました。

事業所及び説明者

住所 神奈川県川崎市幸区南幸町 2-34-2 2F

名称 愛友会いきいき訪問看護

管理者 北見 幸子

私は本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項の説明を受け、訪問看護サービスの提供を受けることに同意します。

利用者

住所

氏名

利用者代理人

住所

氏名

緊急時訪問看護加算同意書

2025年 1月 日

私は本書面により、事業者から訪問看護サービスについての緊急加算の説明を受け、サービスの提供を受けることに同意します。

利用者氏名（代理人氏名）