

つばさ訪問看護リハビリステーション
指定訪問看護 重要事項説明書

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社 Care Laboratory
代表者名	代表取締役 古屋 翼
所在地・連絡先	(住所) 山梨県中巨摩郡昭和町西条 1938 番地 8 (電話) 055-242-9608 (FAX) 055-242-9609

2 事業所の概要

① 事業所名称及び事業所番号

事業所名	つばさ訪問看護リハビリステーション
サービスの種類	訪問看護事業
所在地・連絡先	(住所) 山梨県中巨摩郡昭和町西条 1938 番地 8 (電話) 055-242-9608 (営業時間外は転送されます) (FAX) 055-242-9609
指定年月日・事業所番号	2026 年 4 月 1 日 指定事業所番号 1960890133
管理者の氏名	古屋 愛
サービスの提供地域	昭和町、甲府市、南アルプス市、甲斐市、中央市、笛吹市、甲州市、 上記地域以外でもご相談下さい。

② 事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1		1 名
看護職員	看護師	2	0	2 名
	准看護師			名
	保健師			名
	理学(作業)療法士		4	4 名

③ 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとします。
営業時間	月～金曜日 9時から18時 電話等により、365日24時間常時連絡が可能な体制としています。 (連絡先) 管理者 古屋 愛 080-6748-5167

*土曜日、日曜日は利用者様・ご家族様の状況、希望により応相談。
主治医の指示や居宅サービス計画書に沿って提供します。

3 事業の目的と運営方針

① 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、適切な訪問看護を提供することを

目的とします。

② 運営方針

利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、身の機能の維持回復を目指して支援します。実施に当たっては、居宅介護支援事業所、他サービス関係者と連携を図りながら、必要な訪問看護を提供できるよう事業体制の整備に努めます。

4 訪問看護・予防訪問看護の内容

- ・ 病状・障害等健康状態の観察、服薬管理
- ・ 清拭・洗髪・入浴などによる清潔の援助
- ・ 食事及び排泄等の援助及び管理
- ・ 褥瘡の予防、処置
- ・ ストーマケア
- ・ 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
- ・ カテーテル等の医療器具の管理
- ・ 医療児ケア
- ・ その他医師の指示による医療処置など

5 訪問看護の提供について

① 対象者

訪問看護を利用する対象者は、病状が安定期にあり、訪問看護が必要であると主治医が認めた要介護者です。事業者は訪問看護の提供の開始に際して、訪問看護指示書の交付を文書で受けます。

② 内容及び手続の説明及び同意

事業者は、訪問看護の開始に際して、利用者又はその家族に対し、運営規定の概要や職員の勤務体制、利用手続きや訪問看護の提供方法・内容、利用料等を記載した重要事項説明書を交付し、丁寧に説明を行い、書面による同意を得ます。

③ 受給資格の確認・要介護認定等の申請に関する援助

- 1) 介護保険被保険者証で、利用者の被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定等の有効期間を確かめます。
- 2) 利用申込者が、要介護認定等を受けていないことを確認した場合には、さらに要介護認定等の申請が既に行われているか否かを確認し、申請が行われていないときは、利用者の意向を踏まえて速やかに申請が行われるよう必要な援助を行います。

④ 認定更新の申請の援助

居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって必要と認めるときは、要介護認定等の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定等の有効期間が満了する30日前には行われるよう必要な援助を行います。

⑤ 心身の状況等の把握

事業者は、訪問看護を提供するに当たっては、利用者に関係する居宅介護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、病歴、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ます。

⑥ 居宅介護支援事業者等との連携

- 1) 訪問看護の提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は介護・福祉サービス提供者と密接な連携に努めます。
- 2) 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支援事業者に対する情報提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供するものと密接な連携に努めます。

⑦ 訪問看護計画の作成

- 1) 看護師等は、利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況を踏まえ、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成します。
- 2) 看護師等は、この訪問看護計画書の作成に当たっては、その主要な事項について利用者又は利用者の家族に対して説明し、利用者の同意を得ます。事業者は居宅サービス計画が作成されている場合は、その計画に沿った訪問看護計画書を作成します。

⑧ 主治医との連携

- 1) 訪問看護の提供に当たっては、主治医の指示に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう適切な看護技術をもって行い、利用者及び利用者の家族に対し、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いたします。
- 2) 訪問看護の提供の開始に際して、主治医と密接な連携を図り、適切な訪問看護を提供するため、定期的に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を主治医に提出します。

⑨ 訪問看護の記録及び整備

- 1) 訪問看護を提供した際には、訪問看護の提供日及び内容、その他必要な事項を記録します。また、利用者からの申し出があった場合には、利用者の用意する手帳等に記載します。
- 2) 利用者は、事業者に対して保存されている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。
- 3) 事業者は、訪問看護の提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

⑩ 提供拒否の禁止

当事業所は、次のいずれかに該当する正当な理由がない場合、訪問看護の提供を拒否しません。なお、訪問看護を阻害する行為が発生した場合には契約期間に関わらず契約を解除する場合があります。

- 1) 事業所の職員体制から利用申込に応じきれない場合
- 2) 利用申込者の居住地が当事業所の通常の事業の実施地域以外である場合、その他利用申込者に対し自ら適切な訪問看護を提供することが困難と判断した場合
- 3) 利用者が正当な理由なく、利用料を2か月以上滞納した場合
- 4) 利用者又は利用者の家族等から職員へ暴言や暴力、強要等の法令違反その他著しく常識を逸脱する行為があり、事業者の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、事業の目的を達することが困難となった場合

6 利用料金

- ① 【介護保険による利用料金一覧表】参照
- ② 【医療保険による利用料金一覧表】参照
- ③ 保険適応外(自費サービス含む)

自費	30分	¥4000
	60分	¥8000
	以降30分毎	¥4000
通院介助	自費料金に準ずる（交通費実費）	
キャンセル料	1提供当りの料金の10割	前日までにご連絡を頂けなかった場合(利用者の病状の急変や、急な入院等の場合を除く)
エンゼルケア	ご遺体のお世話料	¥15000（税別）

* 基本料金に対して、早朝(午前6時～午前8時)・夜間(午後6時～午後10時)帯は25%増し、深夜(午後10時～午前6時)は50%増しとなります。

④ 利用料のお支払方法

利用料は1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、サービスを利用した月の翌月末までに下記口座にお振り込み下さい。

住信 SBI ネット銀行（金融機関コード 0038）

法人第一支店（支店コード 106）

預金口座（普）2973035

口座名義 カ) ケアラボラトリー（株式会社 Care Laboratory 代表取締役 古屋翼）

※ 口座引き落とし又は当社指定の封筒による現金での集金もできます。

※ 振込を確認させていただいた後に領収書を発行いたします。

7 交通費 無料

8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	古屋 愛
	ご利用時間	9:00 ~ 18:00 (ただし土日、12/30~1/3を除く)
	ご利用方法	電話 080-6748-5167 面接 (当事業所相談室)

山梨県国民健康保険団体連合会	窓口責任者	介護事務審査課相談窓口
	ご利用時間	9:00 ~ 17:00
	ご利用方法	電話 055-233-9201

その他の相談・苦情窓口

昭和町	福祉介護課	055-275-8784
甲府市	福祉保健部 福祉支援室長寿介護課	055-237-5473
南アルプス市	保健福祉部 介護福祉課	055-282-6179
甲斐市	長寿推進課 介護保険係	055-278-1693
中央市	長寿推進課 介護保険担当	055-274-8556
笛吹市	保健福祉部 介護保険課	055-261-1903
甲州市	介護保険課 介護保険担当	0553-32-5066

9 秘密の保持及び個人情報保護に関する方針

つばさ訪問看護リハビリステーションは個人情報保護に関する法律を遵守して、個人の権利・利益を保護する為に次の通り個人情報の保護に関する方針を定めて実施します。

- ① 個人情報は適正な取得に努めます。同意を頂いた上で収集いたします。
- ② 従業者への個人情報保護に関する教育を行います。また、雇用契約時に離職後も含めて守秘義務を遵守するよう徹底します。
- ③ 個人情報は利用目的の達成に必要な範囲を超えて取り扱う事はありません。通常必要と考えられる個人情報の範囲は、訪問介護サービスの提供に必要な情報です。介護保険請求事務・他の居宅サービス事業者との連携、照会への回答・緊急を要する場合の医師への連絡・行政機関などからの要求で、法令上応じることが義務付けられている事項の対する利用・損害賠償保険などにかかわる保険会社などへの相談又は届出など。
- ④ 同意または依頼ない限り、個人情報を第三者に提供いたしません。

10 緊急時の対応方法

訪問看護の提供を行っている時に、利用者に病状の急変が生じた場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医へ連絡を行い、指示を求め対応します。また、利用者の家族にも連絡をいたします。

主治医	医療機関名	
	氏名	
	電話番号	
家族等緊急連絡先	氏名 (利用者との続柄)	
	電話番号	

11 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市町村、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- ② 利用者に対する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速やかに対処します。
- ③ 事故が発生した場合には、その原因を解明し再発防止の対策を行います。

12 身分を証する書類携帯義務

訪問看護を行う看護師等は、常に身分を証する書類を携行し、初回訪問時及び利用者や家族から提示を求められた時は、いつでも提示します。

1 3 衛生管理等

- ① 看護師等の健康状態及び清潔の保持について、必要な管理を行います。
- ② 訪問看護ステーションの設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

1 4 虐待の防止について

利用者の人権擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 古屋 愛
-------------	----------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 虐待防止を啓発・普及するために、職員に対して研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業者の従事者又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護する者）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。

1 5 その他の運営上の留意事項

- ① 訪問看護を利用するにあたり、主治医が交付した訪問看護指示書に係る料金は利用者負担になります。
- ② 交通状況、緊急時対応等により訪問開始時間が前後する場合があります。
- ③ 社会情勢の急激な変化、地震、風水害、感染症等の災害により、訪問看護の提供が困難な場合は、中止や日程、時間、内容等を調整させていただく場合があります。
- ④ 訪問中に、他の利用者からの電話連絡に対応することがあります。
- ⑤ 訪問看護の提供にあたり、手洗い及びマスク、予防衣等を着用することがあります。

当事業所は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護ステーションの内容及び重要事項を説明しました。
この契約の成立を証する為本証2通を作成し、利用者・事業者署名押印して1通ずつを保有します。

説明日 令和 年 月 日

事業者 事業所名 株式会社 Care Laboratory
つばさ訪問看護リハビリステーション(指定事業所番号 1960890133)
所在地 山梨県中巨摩郡昭和町西条 1938 番地 8
代表者名 代表取締役 古屋 翼
説明者 _____

私は、つばさ訪問看護リハビリステーションの重要事項説明を受け、個人情報保護に関する方針についても十分理解し、同意の上交付を受けました。

ご利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

ご家族代表
(ご利用者との関係・続柄) _____

住所 _____

氏名 _____ (印)

代理人
(ご利用者との関係・続柄) _____

住所 _____

氏名 _____ (印)

24 時間対応体制加算・緊急時訪問看護加算に関する説明と同意書

緊急時訪問看護加算は、24 時間常時連絡が出来る体制にあるので、何時でも相談に応じ必要があれば計画になくても訪問が可能です。緊急訪問を行った場合は所定の単位を加算します。

令和 年 月 日

事業者住所 山梨県中巨摩郡昭和町西条 1938 番地 8
事業者名 株式会社 Care Laboratory
代表者・氏名 古屋 翼
事業所名 つばさ訪問看護リハビリステーション
説明者・氏名 _____ 印

ご利用者 私は、緊急時における訪問看護を希望しますので、緊急時訪問看護加算に同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

ご家族代表 私は、緊急時訪問看護加算の説明を受け、内容について同意しました。

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人 私は、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり上記署名を行いました。

(ご利用者との関係・続柄) _____

住 所 _____

氏 名 _____ 印