

指定訪問看護 重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている指定訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を、説明致します。分からない事、分かりにくい事があれば、遠慮なく質問をして下さい。

1 指定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 uni
代表者氏名	代表 面高 司
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府八尾市八尾木 3-26-12-202 (072-970-5484)
法人設立年月日	2022/7/15

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 uni
介護保険指定 事業所番号	2765590829
事業所所在地	大阪府八尾市八尾木 3-26-12 メゾンノースフィールド 202 号
連絡先	TEL/FAX072-970-5484
事業所の通常の 事業の実施地域	大阪市、八尾市、東大阪市、柏原市

(2) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	平日 月～金（土日祝休み）
営業時間	9：00～18：00

(3) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	
サービス提供時間	

(4) 事業所の職員体制

管理者	面高 司
-----	------

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	1 主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 2 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1 名
看護職員のうち主として計画作成等に従事する者	1 指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師から文書による指示を受けるとともに、主治の医師に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治の医師との密接な連携を図ります。 2 主治の医師の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い、同意を得ます。 3 利用者へ訪問看護計画を交付します。 4 指定訪問看護の実施状況の把握及び訪問看護計画の変更を行います。 5 利用者又はその家族に対し、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行います。 6 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 7 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 8 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。	常 勤 2 名
看護職員 (看護師・准看護師)	1 訪問看護計画に基づき、指定訪問看護のサービスを提供します。 2 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。	非常勤 6 名

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
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介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（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訪問看護計画を作成します。

訪問看護の提供	訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。 具体的な訪問看護の内容 ① 状態観察 ② 内服管理 ③ 創傷処置 ④ 輸液管理 等。
---------	---

(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) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

※指定訪問看護ステーションの場合

サービス 提供時間数 サービス 提供時間帯		20 分未満				
		基本単位	利用料	利用者負担		
				1 割負担	2 割負担	3 割負担
昼間	看護師	314	3,360 円	336 円	672 円	1,008 円
	准看護師	283	3,028 円	303 円	606 円	908 円
早朝/夜間	看護師	393	4,205 円	421 円	841 円	1,262 円
	准看護師	354	3,788 円	379 円	758 円	1,136 円
深夜	看護師	471	5,040 円	504 円	1,008 円	1,512 円
	准看護師	424	4,537 円	454 円	907 円	1,361 円
		30 分未満				
昼間	看護師	471	5,040 円	504 円	1,008 円	1,512 円
	准看護師	424	4,537 円	454 円	907 円	1,361 円
早朝/夜間	看護師	589	6,302 円	630 円	1,260 円	1,891 円
	准看護師	530	5,671 円	567 円	1,134 円	1,701 円
深夜	看護師	707	7,565 円	757 円	1,513 円	2,270 円
	准看護師	636	6,805 円	681 円	1,361 円	2,042 円
		30 分以上 1 時間未満				
昼間	看護師	823	8,806 円	881 円	1,761 円	2,642 円
	准看護師	741	7,929 円	793 円	1,586 円	2,379 円
早朝/夜間	看護師	1,029	11,010 円	1,101 円	2,202 円	3,303 円
	准看護師	926	9,908 円	991 円	1,982 円	2,972 円
深夜	看護師	1,235	13,215 円	1,322 円	2,643 円	3,965 円
	准看護師	1,112	11,898 円	1,190 円	2,380 円	3,569 円
		1 時間以上 1 時間 30 分未満				
昼間	看護師	1,128	12,070 円	1,207 円	2,414 円	3,621 円
	准看護師	1,015	10,861 円	1,086 円	2,172 円	3,258 円
早朝/夜間	看護師	1,410	15,087 円	1,509 円	3,017 円	4,526 円
	准看護師	1,269	13,578 円	1,358 円	2,716 円	4,073 円

深夜	看護師	1,692	18,104 円	1,810 円	3,621 円	5,431 円
	准看護師	1,523	16,296 円	1,630 円	3,259 円	4,889 円

※理学療法士等による訪問の場合

サービス 提供時間数 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
昼間	2 回以内/日	294	3,146 円	315 円	629 円	944 円
	2 回超/日	265	2,836 円	284 円	567 円	851 円
早朝/夜間	2 回以内/日	368	3,938 円	394 円	788 円	1,181 円
	2 回超/日	331	3,541 円	354 円	708 円	1,062 円
深夜	2 回以内/日	441	4,719 円	472 円	944 円	1,416 円
	2 回超/日	397	4,248 円	425 円	850 円	1,274 円

提供時間帯名	早朝	昼間	夜間	深夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午前 8 時から 午後 6 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 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。

(4) 加算料金

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算	基本 単位	利用料	利用者負担			算定回数等
			1 割 負担	2 割 負担	3 割 負担	
緊急時訪問看護加算 (訪問看護ステーション)	600	6,420 円	642 円	1,284 円	1,926 円	1 月に 1 回
緊急時訪問看護加算 (病院又は診療所)	325	3,478 円	348 円	696 円	1,043 円	
特別管理加算 (Ⅰ)	500	5,350 円	535 円	1,070 円	1,605 円	1 月に 1 回
特別管理加算 (Ⅱ)	250	2,675 円	268 円	535 円	803 円	
ターミナルケア加算	2500	26,750 円	2,675 円	5,350 円	8,025 円	死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上 ターミナルケアを行 った場合 (死亡月に 1 回)
初回加算	300	3,210 円	321 円	642 円	963 円	初回のみ
退院時共同指導加算	600	6,420 円	642 円	1,284 円	1,926 円	1 回につき
看護・介護職員連携強化加算	250	2,675 円	268 円	535 円	803 円	1 月に 1 回
複数名訪問加算 (Ⅰ)	254	2,718 円	272 円	544 円	816 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)
	402	4,301 円	430 円	860 円	1,290 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)

複数名訪問加算(Ⅱ)	201	2,151 円	215 円	430 円	645 円	看護師等が看護補助者と同時に実施した場合 30 分未満(1 回につき)
	317	3,391 円	339 円	678 円	1,017 円	看護師等が看護補助者と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	3,210 円	321 円	642 円	963 円	1 回につき
看護体制強化加算(Ⅰ)	550	5,885 円	589 円	1,177 円	1,766 円	1 月に 1 回
看護体制強化加算(Ⅱ)	200	2,140 円	214 円	428 円	642 円	1 月に 1 回
サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	6	64 円	6 円	13 円	19 円	1 回につき
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	3	32 円	3 円	6 円	10 円	1 回につき

※ 緊急時訪問看護加算（介護保険 574 単位）、24 時間対応体制加算（医療保険 6400 円）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。

●算定の有無

有・無【取得日： 年 月 日】

※ 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、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に算定します。別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする状態とは、次の通りです。

- 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訪問看護を行った場合に算定します。

※ ターミナルケア加算は、在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものは 1 日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24 時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む。）に算定します。

その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものとは次の通りです。

イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ 3 以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）、多系統萎縮症（線条体黒

質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態

□ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

- ※ 初回加算は新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、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。
- ※ 看護・介護職員連携強化加算はたん吸引等を行う訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等を行った場合に算定します。
- ※ 複数名訪問加算は、複数の看護師等(両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する)、又は看護師等と看護補助者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分を超える訪問看護を行った場合、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の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問看護を行った場合に算定します。
- ※ 地域区分別の単価(八尾市：5級地 10.70円)を含んでいます。 大阪市：2級地 11.12円
- ※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合)上記に係る利用料は、全額をい一旦お支払い頂きます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅介護サービス費等の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

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、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求致します。 なお、自動車を使用した場合は（事業所から片道 5 km以上 200 円、以降 2 kmごとに 100 円、パーキング等使用時は実費）により請求致します。	
② 事務手数料	料金の徴収に伴う事務手数料を 100 円/月徴収させていただきます。	
③ 領収書再発行	再発行は対応しておりません。領収書は大切に保管ください。 領収書の再発行に関しましては別途費用（500 円+税）をいただきます。	
④ エンゼルケア（死後処置）料	ご逝去後、家族の依頼により看護師の行うご遺体の清拭・整容等のケアにかかる費用として 10000 円を徴収させていただきます。 ・セーフティセット（体液の漏出を防ぐゼリー）使用時は+5000 円	
⑤ その他費用	サービス提供にあたり使用する必要なものの費用は利用者の別途負担となります。	
⑥ 超過料金	サービス提供を超過した場合、30 分毎に超過料金を自費にて徴収致します。 30 分毎 平日：4000 円 土日祝：6000 円	
⑦ キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡を頂いた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前日 17 時までのご連絡の場合	キャンセル料は不要です
	前日 17 時までにご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 25%を請求致します。
※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求致しません。		

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	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致します。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日前後までに利用者宛にお届け（郵送）します。
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	ア お渡しした請求書の内容を照合のうえ、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。 （ア）事業者指定口座への振り込み （イ）利用者指定口座からの自動振替 （ウ）現金支払い 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、領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願い致します。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）

※ 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関わらず、支払い期日から 3 ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から 30 日以内に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頂くことがございます。

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、担当する訪問看護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。	ア 管理者 面高 司 イ TEL/FAX 072-970-5484 ウ 平日 9:00~18:00
---	---

※ 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、事業所の人員体制などにより、ご希望に添えない場合もあります事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、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）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下さい。
- (2) 利用者が要介護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。また、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、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 主治の医師の指示並びに利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「訪問看護計画」を作成します。なお、作成した「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、ご確認頂きます様お願いします。
- (4) サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行います。なお、「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・虐待の防止等のために、次に掲げる通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：面高 司
-------------	----------

- (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) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（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 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。 ② 事業者は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

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 住 所 電 話 番 号 携 帯 電 話 勤 務 先
【主治医】	医療機関名 氏 名 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。

【市町村（保険者）の窓口】 八尾市役所 健康福祉部 福祉指導監査課	所在地 八尾市本町 1-1-1 電話番号 072-924-3012（直通） ファックス番号 072-922-3786（直通） 受付時間 8：45～17：15（土日祝は休み）
【居宅支援事業所の窓口】	事業所名 所在地 電話番号 担当介護支援専門員

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	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	看護賠償責任保険 訪問看護事業者特別約款
補償の概要	業務遂行中、または業務の結果に起因する対人・対物損害賠償、 事故対応費用等

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

指定訪問看護の提供にあたっては、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、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 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定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「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支援事業者に送付します。

15 サービス提供の記録

- ① 指定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。
- ② 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。

- ③ 提供した指定訪問看護に関し、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。

17 指定訪問看護サービス内容の見積もりについて

- このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

- (1) 訪問看護計画を作成する者

氏 名 _____ (連絡先： 072-970-5484)

- (2) 提供予定の指定訪問看護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス内容	介護保険 適用の有無	利用料	利用者 負担額
月			○/×		
火					
水					
木					
金					
土					
日					
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額				円	円

- (3) その他の費用

①交通費の有無	(有・無) サービス提供1回当り…
②キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のとおりです。

- (4) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ア 提供した指定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）

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称）	所 在 地 八尾市八尾木 3-26-12-202 電話番号 072-970-5484 受付時間 9:00～18:00
【市町村（保険者）の窓口】 枚方市役所 健康福祉部 地域健康福祉室 長寿・介護保険担当	所 在 地 八尾市本町 1-1-1 電話番号 072-924-9360（直通） ファックス番号 072-924-1005（直通） 受付時間 8:45～17:15（土日祝は休み）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	所 在 地 大阪府中央区常盤町 1 丁目 3 - 8 電話番号 06-6949-5418 受付時間 9:00～17:00（土日祝は休み）

19 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、「八尾市指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所 在 地	大阪府八尾市八尾木 3-26-12-202
	法 人 名	合同会社 uni
	代 表 者 名	面高 司
	事 業 所 名	訪問看護ステーション uni
	説明者氏名	

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