

訪問看護重要事項説明書  
 <令和6年6月1日現在>

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 三秋会
代表者名	理事長 長 澤 茂
所在地・連絡先	(住 所) 岩手県一関市中央町二丁目4番2号 (電 話) 0191-21-0613 (FAX) 0191-21-0677

2 訪問看護事業所

事業所番号	0360990022
管理者の氏名	所 長 及 川 裕 恵
事業所名	一関中央訪問看護ステーションなのはな
所在地・連絡先	(住 所) 岩手県一関市中央町二丁目5番13号 (電 話) 0191-21-1881 090-9631-1876 (FAX) 0191-26-3017
出張所	一関中央訪問看護ステーションなのはな サテライトさわなり
所在地・連絡先	(住 所) 岩手県西磐井郡平泉町長島字砂子沢6番1 (電 話) 0191-46-3775 090-1938-4345 (FAX) 0191-46-3775
出張所	一関中央訪問看護ステーションなのはな サテライトやまゆり
所在地・連絡先	(住 所) 岩手県一関市千厩町千厩字宮敷45番地1 (電 話) 0191-51-1522 080-5567-9725 (FAX) 0191-51-1523

3 事業の目的

介護保険法等の関係法令に基づき、要介護状態にあり、かかりつけの医師が指定訪問看護の必要を認めた高齢者等（要介護者）に対し、適正な指定訪問看護を提供することを目的とします。

4 運営方針

- ① 要介護者の心身の特性を踏まえて、要介護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、心身の機能の維持回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
- ② 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

5 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1名	1		事業所の総括管理、従業者の指導等
訪問看護師	3名 以上	10	1	訪問看護計画に基づく訪問看護サービスの提供
理学・作業療法士	1名 以上		4	訪問看護計画に基づく訪問看護サービスの提供 (訪問看護業務の一環としてのリハビリテーション)
事務職員	1名		1	事務所内の一般的な手続き、事務処理

※ 管理者は、訪問看護師を兼務しております。

※ 理学療法士等による訪問は、訪問看護師の代わりに訪問するものです。

## 6 事業の実施地域

事業の実施地域	一関市、平泉町
---------	---------

※ 上記地域以外で、ご希望の方はご相談下さい。

## 7 営業日（営業時間）

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	8：30～17：30
営業しない日	土曜日・日曜日・祝日 8月14日～8月16日、12月31日～1月3日

※ 営業時間外及び休業日については、24時間常時連絡が可能な体制となっており、必要に応じて訪問看護サービスを提供する体制をとっています。

## 8 サービスの内容

項目	内容
健康状態・病状の観察	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 血圧・体温・脈拍・呼吸の測定</li> <li>・ 病気や障害の状態の観察</li> <li>・ 健康についての相談</li> </ul>
療養上のお世話・日常生活の支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 清拭、洗髪、入浴介助</li> <li>・ 食事介助・指導、排泄介助・指導</li> </ul>
医療処置・医療機器の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅酸素、人工呼吸器管理</li> <li>・ カテーテル管理（胃瘻・留置カテーテルなど）</li> </ul>
認知症・精神疾患の看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 認知症のケアと相談</li> <li>・ 悪化、事故防止のための相談支援</li> </ul>
終末期（ターミナル）の看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ がん末期や終末期を自宅で過ごせるようお手伝い</li> </ul>
小児の看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 重症心身障害児、医療的ケアの支援</li> </ul>
在宅リハビリテーション	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 拘縮予防や機能回復、嚥下機能訓練など</li> </ul>
介護相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 病気、介護、日常生活に関する相談</li> </ul>

## 9 費用（利用料金）

### ① 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として介護保険の給付にかかる額の1割または2割が利用者の負担額となります。介護保険制度では、利用時間によって利用料が異なります。以下の料金表は、所要時間あたりの1割負担額及び2割負担額（自己負担額）です。

### 【料金表】

所要時間		20分未満	30分未満	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
利用料金	1割	314円	471円	823円	1,128円
	2割	628円	942円	1,646円	2,256円
	3割	942円	1,413円	2,469円	3,384円

※ サービス提供時間が20分未満のみの利用はできません。週1回以上20分以上のサービスを利用している方が対象となります。

### 理学・作業療法士による訪問（1回20分、週6回まで）

所要時間		1回につき
利用料金	1割	294円
	2割	588円
	3割	882円

※ 上記料金に対して、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。

※ 当事業所では、計画的な研修の実施、伝達または技術指導会議の定期的な開催、職員の定期的な健康診断の実施、勤続年数7年以上の職員を30%以上配置しておりますので、上記料金に対して1回につき6円（1割）、12円（2割）、36円（3割）が加算となります。

《その他の加算金額》

加算名	利用者負担	内 容
看護体制強化加算(Ⅰ)	550円/月(1割) 1, 100円/月(2割) 1, 650円/月(3割)	医療ニーズの高い利用者への提供体制を強化した場合、算定日の属する月の前6か月に「緊急時訪問看護加算」を算定する利用者が50%以上、「特別管理加算」を算定する利用者が20%以上かつ算定日の属する月の前12か月にターミナルケア加算を算定した利用者が5名以上のすべての要件を満たした場合
看護体制強化加算(Ⅱ)	200円/月(1割) 400円/月(2割) 600円/月(3割)	医療ニーズの高い利用者への提供体制を強化した場合、算定日の属する月の前6か月に「緊急時訪問看護加算」を算定する利用者が50%以上、「特別管理加算」を算定する利用者が20%以上かつ算定日の属する月の前12か月にターミナルケア加算を算定した利用者が1名以上のすべての要件を満たした場合
複数名訪問加算(Ⅰ)	30分未満 254円/回(1割) 508円/回(2割) 762円/回(3割) 30分以上 402円/回(1割) 804円/回(2割) 1, 206円/回(3割)	利用者の身体的理由により、同時に複数の看護師等が1人の利用者に対しサービス提供を行った場合
複数名訪問加算(Ⅱ)	30分未満 201円/回(1割) 402円/回(2割) 603円/回(3割) 30分以上 317円/回(1割) 634円/回(2割) 951円/回(3割)	利用者の身体的理由により、同時に看護師等と看護補助者が1人の利用者に対しサービス提供を行った場合
長時間訪問看護加算	300円/回(1割) 600円/回(2割) 900円/回(3割)	特別な管理を必要とする利用者(厚生大臣が定める状態にある方に限る)に対し、1時間以上1時間30分未満のサービス提供を行った後に、引き続きサービス提供を行い、所要時間の通算が1時間30分以上となる場合
緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	600円/回(1割) 1, 200円/回(2割) 1, 800円/回(3割)	利用者の同意のもとに、利用者・家族等に対して24時間連絡体制にある場合(計画外の緊急時訪問を必要に応じて行う場合は、その都度、上記の利用料金を算定し、2回目以降の緊急訪問については、早朝・夜間・深夜の加算も算定)
特別管理加算(Ⅰ) ※重症度の高いもの 特別管理加算(Ⅱ)	500円/月(1割) 1, 000円/月(2割) 1, 500円/月(3割) 250円/月(1割) 500円/月(2割) 750円/月(3割)	特別な管理を必要とする利用者(厚生大臣が定める状態にある方に限る)に対して、サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合
退院時共同指導加算	600円/月(1割) 1, 200円/月(2割) 1, 800円/月(3割)	退院又は退所するに当たり、利用者に対して、主治医等と連携し在宅での療養上必要な指導を行った場合
初回加算(Ⅰ)	350円/月(1割) 700円/月(2割) 1, 050円/月(3割)	退院した当日に新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対してサービス提供を行った場合

初回加算（Ⅱ）	300円／月（1割） 600円／月（2割） 900円／月（3割）	退院した翌日以降に新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対してサービス提供を行った場合
口腔連携強化加算	500円／月（1割） 1,000円／月（2割） 1,500円／月（3割）	利用者の同意のもと、口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合
看護・介護職員連携強化加算	250円／月（1割） 500円／月（2割） 750円／月（3割）	訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係わる計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合
ターミナルケア加算	2,500円（1割） 5,000円（2割） 7,500円（3割）	サービスを行っている利用者のご自宅、病院等で亡くなられた日、及び亡くなられる14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合

※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

※ 介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は介護保険給付額の全額（上記料金表の利用料金×10円）をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。サービス提供証明書と領収書は、後に利用料の償還払いを受けるときに必要となります。

## ② 介護保険給付対象外サービス

種 類	利 用 料
死後の処置料	10,000円
証明書作成料	2,200円

## ③ その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気等の費用は、お客様の負担となります。

## ④ 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、その月の月末までにお支払いください。

※ お支払い方法は、現金、口座振替（引落）・銀行振込の3方法があります。

※ 口座振替（自動引落）をご希望の方はお申し出ください。

※ 銀行振込の場合は請求書に記載の振込先口座にお振込ください。

※ 入金確認後領収書を発行します。尚、領収書の再発行は出来かねますのでご了承ください。

## 10 サービス内容に関する苦情等相談窓口

### ① 当事業所における苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 ご利用時間 ご利用方法	所長 及 川 裕 恵 8：30～17：30 電話（0191-21-1881） 投書箱 （ご意見箱を事業所前に設置しております。）
-------------	-------------------------	--

### ② 当事業所以外の苦情等相談窓口

岩手県国民健康保険団体連合会 保健介護課	所在地 電 話 F A X 受 付	盛岡市大沢川原三丁目7番30号 019-604-6700 019-653-2216 9：00～17：00 （土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く）
一関地区広域行政組合 介護保険課	所在地 電 話 受 付	一関市竹山町7番2号 0191-31-3223 8：30～17：15 （土曜、日曜、祝祭日、12/29～1/3は除く）
その他	所在地の各市町村介護保険担当課	（介護保険の相談苦情窓口）

11 事故発生時・緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合または事故が発生した場合は、速やかにお客様の主治医、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等へ連絡をします。  
 また、サービスの提供にあたって、賠償すべき事故が発生した場合は、契約書第16条により、その損害を賠償します。

病院名及び主治医	病 院 名	
	住所・電話番号	
	主治医氏名	

緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電 話 番 号	

12 秘密保持・個人情報保護

事業者、従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密・個人情報を保持します。但し、介護支援上必要ある場合（別紙「個人情報の利用目的」の範囲内）については、利用者及びその家族の情報を使用します。

13 利用にあたってのお願い及び留意事項

- ① サービス利用の際には、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証を提示してください。また、必要に応じて各種書類等の提出を求める場合があります。
- ② 当事業所の職員は、年金の管理、金銭の貸借等の取扱いはできません。
- ③ サービスの提供に際し、訪問看護契約書及び重要事項説明書に記載されているサービス内容以外のサービス（食事、掃除等）は出来ませんので、ご了承ください。
- ④ サービス提供時における飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。  
 令和 年 月 日

事業者	住 所	岩手県一関市中央町二丁目5番13号
	事業所（法人）名	医療法人 三秋会
	事業所名	一関中央訪問看護ステーション なのはな
説明者	職 名	
	氏 名	印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、訪問看護サービスに同意します。  
 令和 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印

【本契約書第 1 1 条の請求書・明細及び領収書の送付先】

請求書及び領収書送付先	氏名（続柄）	( )
	住 所	
	電 話 番 号	