「指定訪問看護」、「指定介護予防訪問看護」重要事項説明書

本書は、当事業所がご契約者様に対して訪問看護サービスを提供させていただくに際し、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（平成１１年３月３１日厚生省令第３７号）第８条第１項、及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成１８年３月１４日厚生省令第３５号）第８条第１項の規定に基づき、契約を締結する前にご承知おきいただきたい重要事項について説明するためのものです。

１．訪問看護を提供する事業者について

事業者名	置賜広域病院企業団
主たる事務所の所在地	山形県東置賜郡川西町大字西大塚２０００番地
代表者名	企業長　渡邊　丈洋
電話番号	０２３８－４６－５０００（代表）

２．ご契約者様へ訪問看護サービス提供を担当する事業所について

（１）事業所の所在地など

事業所の名称	公立置賜南陽病院訪問看護事業所
施設の所在地	山形県南陽市宮内１２０４番地
開設年月日	平成２４年３月１日
介護保険事業所番号	０６７１９００４３９
管理者の氏名	公立置賜南陽病院　院長　池野　栄一郎
サービス提供実施地域	南陽市　高畠町　川西町
電話番号	０２３８－４７－３０００（代表）
ＦＡＸ番号	０２３８－４７－５７１０

（２）事業の目的、運営方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態と認定されたご契約者様に対して訪問看護サービスを提供し、その有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、ご契約者様の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的とします。
運営の方針	事業の実施に当たっては、関係市区町村、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。

（３）事業所の職員体制　（令和７年４月１日現在）

職　　種	従事する業務内容	人　　員
管理者	職員管理業務、事業の統括	１名
看護師 准看護師	サービス利用の受付	６名
	訪問看護計画の作成（准看除く）	
	訪問看護サービスの提供	

（４）サービス提供日時

サービス提供日時	月曜日から金曜日　午前８時３０分から午後５時まで
休業日	土曜日、日曜日、祝祭日、１２月２９日～１月３日

※サービス提供日時以外の場合でも、臨時応急のときに限り、電話でのご相談又は必要に応じ緊急訪問をします。

３．訪問看護サービスについて

（１）サービス開始までの流れ

訪問看護サービス提供のご依頼、ご相談	☆居宅介護支援事業者の担当ケアマネージャーにご相談ください。
⇩ 重要事項の説明 サービス提供の契約 利用者の状態を把握	☆重要事項を説明し、ご了承をいただいた後に契約させていただきます。 ご契約者等と面談し、居宅サービス計画及び医師の指示書の下、ご契約者の状態を把握します。
⇩ 訪問看護計画の作成 同意確認と交付	☆居宅サービス計画の下、訪問看護計画を作成し、ご契約者等の同意を得て、交付します。
⇩ 訪問看護サービスの提供	☆訪問看護計画に則りサービスを提供します。

（２）訪問看護サービスの内容

①病状及び健康状態の観察

②清潔の保持

③療養生活及び介護の指導
④医師の指示による医療処置
⑤訪問看護計画の作成
⑥家族や介護者への支援や相談
⑦ターミナルケア（終末期ケア）

４．利用料金等

（１）利用料

介護保険による訪問看護サービスを利用する場合は、以下の料金表のとおりです。自己負担額は原則として訪問看護サービスに要する費用（介護保険負担割合（１～３割）に応じた額）です。但し、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用については、全額自己負担となります。

なお、医療保険による訪問看護サービスを利用する場合は別になります。

〇料金表（訪問看護１回につき）

所要時間	負担割合	サービス利用料金	
		訪問看護（要介護）	介護予防訪問看護（要支援）
２０分未満（週１回以上）	全額	２，６６０円	２，５６０円
	１割	２６６円	２５６円
	２割	５３２円	５１２円
	３割	７９８円	７６８円
３０分未満	全額	３，９９０円	３，８２０円
	１割	３９９円	３８２円
	２割	７９８円	７６４円
	３割	１，１９７円	１，１４６円
３０分以上１時間未満	全額	５，７４０円	５，５３０円
	１割	５７４円	５５３円
	２割	１，１４８円	１，１０６円
	３割	１，７２２円	１，６５９円
１時間以上１時間３０分未満	全額	８，４４０円	８，１４０円
	１割	８４４円	８１４円
	２割	１，６８８円	１，６２８円
	３割	２，５３２円	２，４４２円

所要時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ケアプランの時間が基準です。

〇時間や時間帯による加算（訪問看護１回につき）

内　　容	サービス利用料金
１時間３０分を超える訪問	３，０００円加算※
早朝（6：00～8：00）の訪問	所定単位数の 25/100 を加算（加算の１割）
夜間（18：00～22：00）の訪問	所定単位数の 25/100 を加算（加算の１割）
深夜（22：00～翌 6：00）の訪問	所定単位数の 50/100 を加算（加算の１割）

※自己負担額は介護保険負担割合に応じる

〇複数の看護師訪問による加算（訪問看護１回につき）

内　　容	サービス利用料金
３０分未満の場合	２，５４０円加算※
３０分以上の場合	４，０２０円加算※

※自己負担額は介護保険負担割合に応じる

〇加算料金等（訪問看護１回につき）※自己負担額は介護保険負担割合に応じる

項　目	サービス利用料金	内容、摘要
特別管理加算Ⅰ※ （気管カニューレ、留置カテーテルなど）	５，０００円	厚生労働大臣が定める特別な管理を要するご契約者様に対する計画的な管理に対する加算です。月１回の算定です。
特別管理加算Ⅱ※ （在宅酸素、在宅血流透析、人工肛門、人工膀胱、重度の褥瘡など）	２，５００円	
看護体制強化加算（Ⅱ）※	２，０００円	緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算について一定割合以上の実績等がある事業所で加算されます。月１回の算定です。
サービス提供体制強化加算（Ⅰ）※	６０円	訪問看護を担当する看護師の勤続年数が７年以上の職員が、訪問看護を担当する看護師全体の３０％以上の事業所で加算されます。利用回数ごと算定です。

緊急時訪問看護加算（Ⅱ）※	３，１５０円	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の加算です。月１回の算定です。
小規模事業所加算	（ひと月の訪問看護利用回数により異なります）	訪問回数が月 100 回以下の場合（介護予防の場合は月 5 回以下）､所定単位数の 100 分の 10 に相当する単位数を加算します。
初回加算※	３，０００円	新規に訪問看護計画書を作成した利用者様に対しての加算です｡初回もしくは､初回の指定訪問看護を行った日の属する月に指定訪問看護を行った場合は月１回の算定です。（なお、退院当日訪問看護を行った場合は+５００円）
複数名訪問看護加算（Ⅰ）※	３０分未満　２，５４０円	同時に複数の看護師等が、１人の利用者に対して指定訪問看護を行う場合の加算です。１回につき該当の単位数を加算します。
	３０分以上　４，０２０円	
ターミナルケア体制加算※	２５，０００円	在宅で亡くなられた利用者様に対して、死亡日及び死亡前１４日以内に２日以上ターミナルケアを行った場合の加算です。死亡月につき加算します。

（２）その他

①交通費

当事業所の通常のサービス提供実施地域（南陽市、高畠町、川西町）へのサービス提供の場合は無料です。 通常のサービス提供実施地域以外の場合は、交通費実費相当額として１キロメートルあたり５６円を請求いたします。

②エンゼルケア（死後処置）

エンゼルケア　９，３５０円

エンゼルケアに伴い使用した浴衣等　２，２００円　（どちらも税込み金額）

（３）キャンセル料

ご契約者様の都合によりサービスの利用を中止する場合は、サービス実施日の前日の午後５時までに申し出てください。当日になって利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料が発生します。但し、ご契約者様の急変、急な入院等のやむを得ない事由があると認められた場合はこの限りでありません。

申し出等	キャンセル料
前日の午後５時まで	なし
前日の午後５時以降、当日及び当日不在	料金表に定める予定サービス利用料金

（４）請求及び支払方法

項　　目	内　　容
請求の算定期間	毎月１日から月末
自己負担額、その他の費用の請求方法	毎月１０日前後に郵送いたします。
支払方法	①来院可能な方 請求書をお届けした月末までに、病院窓口でお支払いください。 ②お一人暮らし等で来院困難な方 契約の際、事務部にて個別にお支払方法を相談させていただきます。

５．契約の解除

ご契約者様からの申し出がない場合、契約期間は自動更新されます。

なお、契約期間中であっても、１週間前までに申し出ることにより、いつでも解約することができます。

６．サービスに関する相談・要望・苦情申立

当事業所が提供した訪問看護サービスに関する相談・苦情は、事業所の相談窓口までご連絡下さい。できるかぎり速やかに対応します。市にも相談窓口があります。

（１）当事業所の相談窓口

公立置賜南陽病院 事務部	担当者　事務長 相談受付　月曜日～金曜日（祝祭日等は除く） 時間帯　８：３０～１７：１５ 電　話　４７－３０００　内線２５０ ＦＡＸ　４７－５７１０

令和　　年　　月　　日

私は、訪問看護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者　所在地　南陽市宮内１２０４番地

事業所　公立置賜南陽病院訪問看護事業所

氏　名　　印

私は、本書面に基づき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、サービス提供開始に同意しました。

利用者　住　所

氏　名　　印

上記代理人（代理人を選定した場合）

住　所

氏　名