

【契約書別紙】

訪問看護重要事項説明書（医療保険用）

〔令和 年 月 日現在〕

あなたに対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、厚生労働省告示第59号に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業所の特色等

(1)事業の目的	有限会社つゆくさが設置する「訪問看護ステーションつゆくさ」の職員及び業務管理に関する重要事項を定め、ステーションの円滑な運営を図り、指定訪問看護事業の適正な運営及び利用者に対する適切な指定訪問看護の提供を目的とします。
(2)運営の方針	①訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養ができるよう努めます。 ②事業の運営にあたって、医療保険を利用し利用者や家族、主治医と相談し、適切に訪問看護を提供できるように努めます。 ③事業の運営にあたって、居宅介護支援事業所、関係区市町村及びその保健所や近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

(3)その他

事項	内容
訪問看護計画書の作成及び評価	担当看護師がお客様の身体的状況や病気等の問題を専門的立場から分析し、主治医の指示及びお客様のご要望を踏まえて、「訪問看護計画書」を作成し、お客様に説明の上交付します。サービスを実施し、目標の達成状況等を評価し、その結果を1月に1回月末に「訪問看護報告書」に記載して主治医に報告します。
従業員研修	ステーション内・外研修を年間研修計画に基づき実施しています。
特別な訪問看護	難病・認知症・医療機器管理が必要な疾患の看護・在宅ターミナルケアも実施しています。

2. 費用

(1)医療保険対象サービス

医療保険の適用がある場合は、原則として料金表の基本料金の1割～3割が利用者負担額となります。ただし、保険給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります（病状によっては医療費助成の適用になる場合があります）。

※「訪問看護指示書」発行には、別途文書料金を医療機関にお支払い下さい。

【料金表】

訪問看護基本療養費（Ⅰ） 週3日目まで 週4日目以降	1日につき 1日につき	5,550円 6,550円
訪問看護基本療養費（Ⅱ） （同一建物居住者に対する 訪問の場合） 週3日目まで（3人以上） 週4日目以降（3人以上）	1日につき 1日につき	5,550円（2,780円） 6,550円（3,280円）
訪問看護基本療養費（Ⅲ） （一時外泊中の訪問の場合）	1日につき	8,500円
訪問看護管理療養費 月の初日の訪問の場合 月の2日目以降の場合	1日につき 1日につき	7,400円 2,980円
その他加算等		
訪問看護情報提供療養費	1月につき	1,500円
退院時共同指導加算	1回につき	8,000円
特別管理指導加算	1回につき	2,000円
退院支援指導加算	1回	6,000円
24時間対応体制加算	1月につき	6,400円
緊急訪問看護加算	1日につき	2,650円
特別管理加算 （悪性腫瘍、気管切開の在宅患者 指導管理を受けている場合・ 気管カニューレ、留置カテーテル を使用している場合）	1月につき	5,000円
（それ以外で特別な管理を必要 とする場合）	1月につき	2,500円
難病等複数回訪問加算	1日に2回 1日に3回以上	4,500円 8,000円
複数名訪問看護加算	週1回	4,500円
乳幼児加算	1月につき	1,500円
長時間訪問看護加算	1日につき	5,200円
看護・介護職員連携強化加算	1月につき	円
夜間・早朝訪問看護加算 （18:00～22:00, 6:00～8:00）	1日につき	2,100円
深夜訪問看護加算 （22:00～6:00）	1日につき	4,200円
在宅患者連携指導加算	1回につき（月1回まで）	3,000円
在宅患者緊急時等カンファレンス 加算	1回につき（月2回まで）	2,000円
訪問看護ターミナルケア療養費	死亡月に1回のみ	25,000円

※ 加算は必要がある場合に発生します。

## 【保険対象外(有料)サービス 利用料金表】

### (1) 全額有料サービス

所要時間	基本料金	夜間・早朝	深夜
30分未満	4,000円	5,000円	6,000円
30分以上1時間未満	8,500円	10,625円	12,750円
1時間以上30分増す毎に	3,000円	3,750円	4,500円

※個別契約となり、夜間(午後6時～10時)、早朝(午前6時～8時)は25%増し、深夜加算は、50%増しの金額となります。

### (2) その他の有料サービス

訪問看護の内容	料金
ご遺体のお世話 (死後処置料)	10,000円

※自宅での看取りについてはご相談ください。

### (3) 交通費

3. の事業実施地域にお住まいの方は無料です。  
それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

### (4) 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、電話等の費用は、お客様の負担となります。

### (5) キャンセル料

無料

### (6) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに職員に直接現金でお支払いください。(銀行振り込みをご希望される場合はご相談下さい。ただし、振込手数料はご利用者様の負担となります。)

## 3. 事業の実施地域

事業の実施地域	板橋区内及び豊島区、練馬区小竹町1丁目～2丁目
---------	-------------------------

※上記以外でもご希望の方はご相談ください。

#### 4. 営業日

営業日	営業時間
平日 月曜日から金曜日	9:00～17:00
営業しない日(休日)	土曜日・日曜日・祝祭日・12月29日～1月3日

※ 上記以外でもご希望の方はご相談ください。

#### 5. 訪問看護サービスの内容

訪問看護提供回数	内容
	体調チェック・療養相談

#### 6. (1) 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	窓口担当者 高梨 暁子 苦情相談責任者 高梨 暁子 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(03-5986-7334) 面接(面談室)
-------------	---

#### (2) その他の苦情相談窓口

相談窓口	担当	電話
東京都	東京都国民健康保険連合会	03-6238-0177
板橋区	おとしより保健福祉センター 介護保険苦情・相談室	03-5970-1202
豊島区	豊島区介護保険課 相談グループ	03-3981-1942
練馬区	練馬区介護保険課	03-3993-1111

## 7. 訪問看護事業者の概要

法人種別 名称	有限会社 つゆくさ
代表者名	野村 博美
事業所名	訪問看護ステーションつゆくさ
所在地・連絡先	(住所) 東京都板橋区幸町10-6 (電話) 03-5986-7334(FAX) 03-3959-2854
ステーションコード	7196116
管理者	高梨 暁子
従業者	正看護師 常勤換算2.5人以上(内1名は常勤)とする 常勤1名は管理者と兼務

## 8. 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)、居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	病院名及び所在地	病院名 _____ 住所 _____
	医師名	_____
	電話番号	① _____ ( ) _____ ② _____ ( ) _____
ご家族	氏名(続柄)	_____ ( )
	住所	_____
	電話番号	① _____ ( ) _____ ② _____ ( ) _____

## 9. 事故発生時の対応方法

サービス提供により事故が発生した場合は、速やかにお客様の緊急連絡先(ご家族等)、主治医、区市町村等へ連絡を行い、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

また、事故によりお客様の生命、身体、財産に損害が発生した場合は、事業者は速やかにその損害を賠償します。お客様の責めをきすべき事由につきお客様及びご家族が事業者及び担当者の生命、身体、財産に損害を及ぼした場合は、損害賠償が発生する場合があります。

## 10. お客様へお願い

- (1) サービス利用の際には、健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、国民健康保険高齢受給者証、お持ちの場合はマル都医療券、難病受給者証、マル障受給者証等を提示してください。また、これらの書類の内容等に変更が生じた場合は、必ず再度ご提示ください。
- (2) やむを得ず訪問予定の変更を希望される場合は、前日までにご連絡ください。

## 同意書

令和 年 月 日

### 【事業者】

当事業者は、利用者に対するサービスの提供開始にあたり、ご利用者にサービス内容および重要事項を説明しました。

〈 事業所名称 〉 訪問看護ステーションつゆくさ

〈 事業所 住所 〉 東京都板橋区幸町10番地6号

〈 代表者氏名 〉 代表取締役 野村 博美 印

〈 管理者 〉 氏名 高梨 暁子 印

〈 説明者氏名 〉 氏名 \_\_\_\_\_ 印

### 【ご利用者】

私は、サービス内容及び重要事項について文書に基づいて、事業者から説明を受けました。

( ご本人 )

〈 氏 名 〉 \_\_\_\_\_ 印

( 代理人の場合 )

〈 氏 名 〉 \_\_\_\_\_ 印

〈 住 所 〉 \_\_\_\_\_

〈本人との関係〉 \_\_\_\_\_

〈署名代行の理由〉 \_\_\_\_\_