

(介護予防)訪問看護重要事項説明書

〈令和 7 年4月1 日現在〉

I 訪問看護事業者の概要

| | | |
|-------|-----------------|-----------------|
| 法人名称 | 公益社団法人 地域医療振興協会 | |
| 代表者 | 理事長 吉新通康 | |
| 所在地 | (住所) | 東京都千代田区平河町2-6-3 |
| | (電話) | 03-5210-2921 |
| | (FAX) | 03-5210-2924 |
| 設立年月日 | 昭和61年5月15日 | |

II 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

| | | |
|------------|-------------------|-----------------|
| 事業所名称 | 伊豆今井浜病院訪問看護ステーション | |
| 管理者 | 管理者 高橋典子 | |
| 所在地 | (住所) | 静岡県賀茂郡河津町見高178番 |
| | (電話) | 0558-34-1120 |
| | (FAX) | 0558-34-1121 |
| サービスの種類 | 訪問看護・介護予防訪問看護 | |
| 介護保険事業所番号 | 2260190091 | |
| 通常の事業の実施地域 | 下田市・河津町・東伊豆町 | |

(2) 事業の目的と運営の方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 指定(介護予防)訪問看護の円滑な運営管理を図り、利用者の意思及び人権を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問看護事業を提供すること。 |
| 運営の方針 | ①本事業が実施する指定(介護予防)訪問看護は、ステーションの看護職員等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出来るように配慮して、その療養環境を支援し、心身機能の維持回復をはかるものとする。 ②利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の予防又は要介護状態となることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとする。 ③利用者の意思及び人権を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。 ④指定(介護予防)訪問看護の実施に当たっては、利用者の所在する市町村、居宅介護支援事業所、介護予防支援事業所、保健医療サービス及び福祉サービスを提供するものとの連携に努めるものとする。 ⑤指定(介護予防)訪問看護の提供の終了に関しては、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所、介護予防支援事業所に情報の提供を行うものとする。 ⑥前5項のほか、「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年厚生省令第37号)に定める内容を遵守し、事業を実施するものとする。 |

(3)事業所の職員体制

| 職種 | 人員 | 常勤換算 | 備考 |
|-------|----------------------|------|--------------|
| 看護師 | (常勤 3名) (非常勤 0名) | 3名 | 管理業務を行うものを含む |
| 准看護師 | (常勤 1名) (非常勤 0名) | 1名 | |
| 理学療法士 | (常勤 1名) (非常勤 0名) | 1名 | |

(4)営業時間

| サービス種類 | 平日(月～金) |
|----------|-----------------|
| 訪問看護 | 午前9時00分～午後5時30分 |
| 介護予防訪問看護 | 午前9時00分～午後5時30分 |

※年末年始(12/29から1/3は「祝日」の扱いとなります)

※土日祝日休み。但し、利用者の状況により対応

(5)サービス提供時間

| サービス種類 | 平日(月～金) |
|----------|-----------------|
| 訪問看護 | 午前9時30分～午後5時00分 |
| 介護予防訪問看護 | 午前9時30分～午後5時00分 |

※年末年始(12/29から1/3は「祝日」の扱いとなります)

Ⅲ サービスの内容

当ステーションでは、個々の状況に応じた療養上の世話・診療の補助等の援助を行うことで、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。

Ⅳ 費用

(1)基本単価(訪問看護費)

| 所要時間 | 看護師・保健師 | | | | 准看護師 | | | |
|-------------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|--------|---------|--------|--------|--------|
| | 単位数 | 利用者負担金 | | | 単位数 | 利用者負担金 | | |
| | | 1割 | 2割 | 3割 | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 20分未満 | 314単位 | ¥314 | ¥628 | ¥942 | 283単位 | ¥283 | ¥566 | ¥849 |
| 30分未満 | 471単位 | ¥471 | ¥942 | ¥1,413 | 424単位 | ¥424 | ¥848 | ¥1,272 |
| 30分～1時間未満 | 823単位 | ¥823 | ¥1,646 | ¥2,469 | 741単位 | ¥741 | ¥1,482 | ¥2,223 |
| 1時間～1時間30分未満 | 1,128単位 | ¥1,128 | ¥2,256 | ¥3,384 | 1,015単位 | ¥1,015 | ¥2,030 | ¥3,045 |
| 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の場合 ※3 | 294単位※1 | ¥294 | ¥588 | ¥882 | — | — | — | — |
| 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の減算 (1回) | ▲8単位 | ¥-8 | ¥-16 | ¥-24 | — | — | — | — |
| 中山間地域等居住者サービス提供加算 | 100分の5に相当する単位数 | 対象は営業エリア外の厚生労働大臣の定める地域。加算対象は基本単価のみ ※2 | | | | | | |

※1 1日2回を超えて実施する場合は90/100。

※2 事業外エリア(対象地域に限る)が対象になります。尚、加算を算定する場合は、交通費の徴収はできません。

(2) 基本単価(介護予防訪問看護費)

| 所要時間 | 看護師・保健師 | | | | 准看護師 | | | |
|---------------------------|----------------|---------------------------------------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| | 単位数 | 利用者負担金 | | | 単位数 | 利用者負担金 | | |
| | | 1割 | 2割 | 3割 | | 1割 | 2割 | 3割 |
| 20分未満 | 303単位 | ¥303 | ¥606 | ¥909 | 273単位 | ¥273 | ¥546 | ¥819 |
| 30分未満 | 451単位 | ¥451 | ¥902 | ¥1,353 | 406単位 | ¥406 | ¥812 | ¥1,218 |
| 30分～1時間未満 | 794単位 | ¥794 | ¥1,588 | ¥2,382 | 715単位 | ¥715 | ¥1,430 | ¥2,145 |
| 1時間～1時間30分未満 | 1,090単位 | ¥1,090 | ¥2,180 | ¥3,270 | 981単位 | ¥981 | ¥1,962 | ¥2,943 |
| 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の場合 | 284単位 | ¥284 | ¥568 | ¥852 | - | - | - | - |
| 理学療法士・作業療法士又は言語聴覚士の減算(1回) | ▲8単位 | ¥-8 | ¥-16 | ¥-24 | - | - | - | - |
| 中山間地域等居住者サービス提供加算 | 100分の5に相当する単位数 | 対象は営業エリア外の厚生労働大臣の定める地域。加算対象は基本単価のみ ※2 | | | | | | |

※1 1日2回を超えて実施する場合は90/100。

※2 事業外エリア(対象地域に限る)が対象になります。尚、加算を算定する場合は、交通費の徴収はできません。

(3) 加算減算(訪問看護費/介護予防訪問看護費)

| 加算の種類 | 単位数 | 利用者負担金 | | | 要件 |
|------------|-----------------|--------|--------|--------|---|
| | | 1割 | 2割 | 3割 | |
| 夜間・早朝加算 | 基本単価の25% ／1回 | | | | 夜間(午後6時～午後10時)、早朝(午前6時～午前8時)に訪問看護を行った場合 |
| 深夜加算 | 基本単価の50% ／1回 | | | | 深夜(午後10時～午前6時)に訪問看護を行った場合 |
| 複数名訪問加算(Ⅰ) | 254単位／1回 | ¥254 | ¥508 | ¥762 | 複数の看護師等が同時に所要時間30分未満の訪問看護を行った場合 |
| | 402単位／1回 | ¥402 | ¥804 | ¥1,206 | 複数の看護師等が同時に所要時間30分以上の訪問看護を行った場合 |
| 複数名訪問加算(Ⅱ) | 201単位／1回 | ¥201 | ¥402 | ¥603 | 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分未満の訪問看護を行った場合 |
| | 317単位／1回 | ¥317 | ¥634 | ¥951 | 看護師等が看護補助者と同時に所要時間30分以上の訪問看護を行った場合 |
| 長時間訪問看護加算 | 300単位／1回 | ¥300 | ¥600 | ¥900 | 特別な管理を必要とする利用者に対して1時間30分以上の訪問看護を行った場合 |
| 緊急時訪問看護加算 | 574単位／1月 | ¥574 | ¥1,148 | ¥1,722 | 事業所が利用者の同意を得て、24時間連絡体制と、必要に応じて緊急訪問を行う体制にある場合 |
| 特別管理加算(Ⅰ) | 500単位／1月 | ¥500 | ¥1,000 | ¥1,500 | 特別な管理を必要とする方に対して、サービスの実施にあたり計画的な管理を行う場合 |
| 特別管理加算(Ⅱ) | 250単位／1月 | ¥250 | ¥500 | ¥750 | |
| 初回加算 | 300単位／1月 | ¥300 | ¥600 | ¥900 | 新規利用時、または過去2ヶ月間に利用がない場合、訪問看護計画書を作成した場合 |
| 退院時共同指導加算 | 600単位／1回 | ¥600 | ¥1,200 | ¥1,800 | 病院等に入院入所している者が、退院退所するにあたり、療養上必要な退院時共同指導を行った場合 |
| ターミナルケア加算 | 2,500単位／1月 | ¥2,500 | ¥5,000 | ¥7,500 | 在宅で死亡した利用者に対して、死亡日および死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを実施した場合 |

※ターミナルケア加算については、訪問看護費のみとなります。

①運営基準(厚生労働省令)で定められた「その他の費用」(全額、自己負担)

②運営のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額、自己負担)

(4)その他の費用

- ①交通費・・・ 介護保険による介護サービスの場合は不要です。
※営業エリアを超える場合は1キロメートル(1キロメートル未満切り捨て)あたり40円(税込)の額となります。
※上記金額は、自動車、バイクを使用した場合の交通費となります。
※営業エリアを超える場合のみ往復の距離にて清算致します。
- ②衛生材料費・・・患者様の介護サービスに使用する衛生材料は、ご利用者様でご用意ください。
※当ステーションで準備する場合、実費負担となります。
- ③衛生材料費など利用者負担金は、(1)の①もしくは②とともに、翌月の10日すぎに請求書をお送りします。現金もしくは口座振り込みでお支払いください。
- ④上記の利用者負担金は、月1回のサービス提供分で「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料(10割)を支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求することになります。
介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者が直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は、1か月につき料金表の利用料金全額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。
- ⑤その他の費用・・・サービスの実施に必要な自宅での水道・電気・ガス・電話などの費用は、利用者負担となります。

V キャンセル料

ご利用者の都合により、サービスを中止する場合のキャンセル料はいただきません。

VI 緊急時の対応

サービス提供にあたり、事故、体調の変化、病状の急変等が生じた場合は、ご家族、主治医、救急医療機関 居宅介護支援事業者等に連絡します。

| | | | | |
|-------|------|--|------|--|
| 医療機関等 | 医療機関 | | 主治医名 | |
| | 連絡先 | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 連絡先① | | | |
| | 連絡先② | | | |

VII 事故発生時の対応

ご利用者に対する事故が発生した場合は、速やかにご家族、担当の介護支援専門員、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事業者が所有、使用または管理している各種の施設・設備・用具などの 不備や業務活動上のミスが原因で、第三者の身体障害や財物損壊等が生じ、被害者側との間に損害賠償問題が発生した場合の補償として下記保険に加入しております。

| | |
|-------|--|
| 保険会社名 | 共立株式会社 |
| 保険名 | 訪問看護事業者賠償責任保険 |
| 保障の概要 | 訪問看護事業者が、訪問看護業務の遂行に起因して発生した対人・対物事故について負う法律上の賠償責任保険を補償する。 |

Ⅷ 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は下記窓口へ申し立てることができます。

| | | | |
|---------|--------------------------|-----------------------|--------------------|
| 事業者の窓口 | 所在地 | 静岡県賀茂郡河津町見高178番 | |
| | 名称 | 伊豆今井浜病院訪問看護ステーション | |
| | 電話番号 | 0558-34-1120 | |
| | FAX番号 | 0558-34-1121 | |
| | 受付時間 | 9:00～17:00 | |
| 保険者の窓口 | <input type="checkbox"/> | 所在地 | 静岡県下田市東本郷1-5-18 |
| | | 名称 | 下田市役所(市民保健課介護保険係) |
| | | 電話番号 | 0558-22-2077 |
| | | FAX番号 | 0558-22-1030 |
| | | 受付時間 | 8:30～17:15(平日のみ) |
| | <input type="checkbox"/> | 所在地 | 静岡県賀茂郡河津町田中212-2 |
| | | 名称 | 河津町役場(福祉介護課 福祉介護係) |
| | | 電話番号 | 0558-36-3232 |
| | | FAX番号 | 0558-34-1811 |
| | | 受付時間 | 8:15～17:00(平日のみ) |
| | <input type="checkbox"/> | 所在地 | 静岡県賀茂郡東伊豆町稲取3354 |
| | | 名称 | 東伊豆町役場(健康づくり課) |
| | | 電話番号 | 0557-95-1224 |
| | | FAX番号 | 0557-95-5691 |
| | | 受付時間 | 8:30～17:15(平日のみ) |
| | <input type="checkbox"/> | 所在地 | 静岡県賀茂郡南伊豆町下賀茂315-1 |
| 名称 | | 南伊豆町役場(福祉介護課 介護保険係) | |
| 電話番号 | | 0558-62-6233 | |
| FAX番号 | | 0558-62-2493 | |
| 受付時間 | | 8:30～17:15(平日のみ) | |
| 公的団体の窓口 | 所在地 | 静岡県静岡市葵区春日2-4-34 | |
| | 名称 | 静岡県国民健康保険団体連合会(介護保険課) | |
| | 電話番号 | 054-253-5590 | |
| | FAX番号 | — | |
| | 受付時間 | 9:00～17:00(平日のみ) | |

Ⅸ 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|------------------------|---|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| 個人情報の保護について | <p>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ん。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ん。</p> <p>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。</p> <p>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、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。(開示に必要な複写料は事業者が負担いたします。)</p> |

説明確認欄

年 月 日

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明をしました。

事業者名: 公益社団法人地域医療振興協会

事業所名: 伊豆今井浜病院訪問看護ステーション

説明者 _____ 印

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明を受けました。

利用者 氏名 _____ 印

家族または後見人・代理人(続柄 _____)

氏名 _____ 印