

医療法人明晴会

西武訪問看護事業所

重要事項説明書及びサービス内容

< 医療保険 >

(令和 8 年 6 月 1 日現在)

1、 事業所概要

事業所名称	西武訪問看護事業所
所在地	入間市野田 3078-2
指定年月日	平成 13 年 2 月 1 日
指定訪問看護ステーションコード	2890051
法人種別	医療法人 明晴会
代表名	理事長 野中 晴彦
所長名	看護師 小林 恵美
電話番号	04-2931-3770
FAX番号	04-2931-3771
通常の事業の実施地域	入間市 (入間市以外の訪問地域は相談に応じます)

2、 事業の目的と運営方針

事業の目的	要支援、要介護状態にある方が、生活の質を高めることが出来るように、状況に応じた看護の提供、専門的な指導を行うことを目的とします。
運営方針	利用者の心身の状況や家庭環境を踏まえて、健康の保持、増進、回復を図るとともに疾病や障害による影響を最小限に留め、在宅で安心して日常生活が送れるように支援します。地域医療を重視し保健、医療、福祉関係者との密接な連携を図ります。

3、 事業所の職員体制

従業員及び職種	勤務の体制
看護師 (管理者)	1 人
看護師	3 人以上 (管理者も含め)
事務員	1 人

4、 営業時間

営業日	月曜日～土曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで (24 時間体制対応届けあり)
休日	日曜日、国民の祝日、12 月 30 日午後 12 時 30 分～1 月 3 日

5、サービス内容

(1) 提供するサービス

*自宅療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護事業所の看護師が定期的に訪問し、必要な処置を行い在宅療養の支援(状態観察、清潔援助、排せつ援助、傷の手当てとその予防、リハビリテーション、内服薬の管理、栄養指導、医師の指示による点滴等)を行います。

*訪問看護事業所からの看護師等の派遣に関しては、主治医(かかりつけ医)の指示書が必要となります。指示書は利用者が、主治医(かかりつけ医)に申し出て下さい。

- ① このサービスの提供にあたっては、利用者の要介護状態の予防、軽減もしくは悪化の防止となるよう適切にサービスを提供します。
- ② サービスの提供は、懇切丁寧に行い、分かりやすいように説明いたします。もし分からないことがあったら、いつでも訪問看護師にご遠慮なく質問してください。
- ③ サービス提供にあたっては、別紙訪問看護計画書に基づき、利用者の機能の維持回復を図るよう適切に実施いたします。
- ④ 提供した訪問看護に関しては、利用者の健康手帳に医療の記録に必要な事項を記載します。
- ⑤ 訪問看護の提供開始に際しては、主治医(かかりつけ医)の文書による指示に従います。
- ⑥ 当事業者は主治医(かかりつけ医)に対し、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出します。

- (2) 利用料：加入している医療保険の種類によって、1割負担、2割負担、3割負担と負担割合が異なります。利用内容の合計金額に対して、負担割合相当の利用料になります。また、公費負担医療を受けている方、限度額適用認定証をお持ちの方も利用料が変わる場合があります。なお、医療保険で訪問看護を行う場合、別表第7と別表第8に当てはまらないときと特別指示書がないときは、週4日目からの訪問は保険適用外となるため、その他の利用料を頂くこととなります。また、営業時間外、休業日(国民の祝日、休日、年末年始)に訪問した際にその他の利用料が発生する場合があります。

別表第7

・末期の悪性腫瘍・多発性硬化症(視神経脊髄炎含む)・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ビチャイ・ドレーガー症候群)・プリオン病・亜急性硬化性全脳炎・ライゾゾーム病・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(多発性運動ニューロパチー含む)・後天性免疫不全症候群・頸髄損傷・人工呼吸器を使用している状態の者

別表第8

・在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者・気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者

在宅自己腸胃瘻瘻指導管理、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、在宅人工呼吸指導管理、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、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者・人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 真皮を越える褥瘡の状態にある者 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

利用内容：訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、加算、訪問看護情報提供療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、ベースアップ評価料等から成り立っています。

◎料金は、以下の通りです。

訪問看護基本療養費 I II (週 3 日まで)	5,550 円 ※1	訪問看護情報提供療養費 1・2・3 (算定要件あり)	1,500 円/月
訪問看護基本療養費 I II (週 4 日から)	6,550 円 ※1、	訪問看護ベースアップ評価料 I	1,830 円/月
訪問看護基本療養費 III (算定要件あり)	8,500 円	訪問看護ターミナルケア療養費 1	25,000 円/月
訪問看護管理療養費 (月の初日の場合)	7,710 円	訪問看護物価対応料 1 (月の初日の場合)	60 円
訪問看護管理療養費 (月の2日目以降1日につき)	3,010 円	訪問看護物価対応料 1 (月の2日目以降の1日につき)	20 円

①難病等複数回訪問加算	1 日に 2 回訪問した時：4500 円／3 回以上の時：8,000 円		
②緊急訪問看護加算	(1 日 1 回のみ 15 日目以降は 2,000 円) 2,650 円		
③長時間訪問看護加算	(算定要件あり) 5,200 円		
④複数名訪問看護加算	(以下に説明あり) 4,500 円		
⑤夜間・早朝、深夜訪問看護加算 ※2	夜間・早朝：2,100 円	深夜：4,200 円	
⑥24 時間対応体制加算	6,520 円/月		
⑦特別管理加算 I・II	I の場合 5,000 円/月	II の場合 2,500 円/月	
⑧退院時共同指導加算	8,000 円/月		
⑨退院支援指導加算	(90 分未満) 6,000 円長時間 (90 分を以上) 8,400 円/日		
⑩在宅患者緊急時等カンファレンス加算	(算定要件あり) 2,000 円/月 2 回まで		
⑪特別管理指導加算	(算定要件あり) 2,000 円/月		
⑫訪問看護医療 DX 情報活用加算	50 円/月		
⑬在宅患者連携指導加算	(算定要件あり) 3,000 円/月		

精神科訪問看護について

精神科訪問看護基本療養費 I III (週 3 日まで)	5,550 円 ※1	訪問看護情報提供療養費 1・2・3 (算定要件あり)	1,500 円
精神科訪問看護基本療養費 I III (週 4 日から)	6,550 円 ※1	訪問看護ベースアップ評価料 I	1,830 円/月
精神科訪問看護基本療養費 IV (算定要件あり)	8,500 円	訪問看護ターミナルケア療養費 1	25,000 円/月
訪問看護管理療養費 (月の初日の場合)	7,710 円	訪問看護物価対応料 1 (月の初日の場合)	60 円
訪問看護管理療養費 (月の2日目以降1日につき)	3,010 円	訪問看護物価対応料 1 (月の2日目以降の1日につき)	20 円

なお、精神科訪問の加算については該当時改めて説明いたします。

◎「算定要件あり」については、該当時に改めて説明いたします。

※1 II、IIIは同一建物居住者の同日訪問人数2人までの算定。

※2 夜間・早朝の時間帯：午後6時～午後10時と午前6時～午前8時まで

深夜の時間帯：午後10時から午前6時まで

いずれの場合も同一建物2人までの算定

②緊急訪問看護加算について：患家からの求めがあった場合で医師の指示があったとき算定

④複数名訪問看護加算（対象は別表7または8該当者が算定）について：看護師と看護補助者での算定は以下の通り

イ. 看護職員+他の看護師等	4,500円	週1回のみ
ハ. 看護職員+その他の職員	3,000円	週3回まで
ニ. 看護職員+その他の職員	1日に複数回訪問した時について	
	1日1回：3,000円	
	1日2回：6,000円	
	1日3回：10,000円	

⑥24時間対応体制加算について：同意された利用者は1か月につき6,520円加算します。同意されない利用者に対して、緊急時訪問をした場合は訪問1回につき実費にて15,000円(消費税込み)徴収させていただきます。同意された方への連絡方法については別紙で説明します。

⑦特別管理加算について：特別な管理を必要とする利用者に対しては、その重症度に応じて特別管理加算 I 5,000円かII 2,500円を加算します。

⑧退院時共同指導加算について：退院時、病院、施設等で連携して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出し、家族の同意を得た場合に退院時共同指導加算 8,000円(2回まで)を加算します。

⑨退院支援指導加算について：算定要件を満たす患者が退院した日に訪問看護をした場合に算定

⑫訪問看護医療DX情報活用加算について：オンライン資格確認により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（マイナンバーカードを使用することができます）。

※訪問看護ターミナルケア療養費1について：訪問看護をご利用後、死亡日前14日以内に2回（退院日の訪問も含む）以上訪問しターミナルケアをした場合は死亡月にターミナルケア療養費として25,000円請求させていただきます。

その他

当事業所実施地域(入間市)以外の場合は、交通費を下記の通り、実費で頂きます。

(1)通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道10km未満 200円(消費税込み)

(2)通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道10km以上 350円(消費税込み)

死後の処置料: 20,000円(消費税込み)

日常生活上必要な物品等、基本料金以外(おむつ代・衛生材料費・消毒剤) 実費で頂きます。

当事業者は、利用者に対し、翌月10日までに、前月分の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書兼領収書を添付して持参致します。毎月の利用料は、翌月末日までに現金でお支払い下さい。

保険給付の請求のための証明書の交付：サービス提供証明書が必要な場合は、いつでも交付しますので、お申し出下さい。

第15条4項複写物の交付を受ける場合、複写物1枚当たり10円(消費税込み)の料金を頂きます。

□キャンセル料 *できる限り、事前にお知らせ下さい*

訪問看護サービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただきます。

前々日までのキャンセル	: 無料
前日のキャンセル	: 医療保険分の 50%
当日のキャンセル	: 医療保険分の 100%

6、 苦情申し立て窓口

西武訪問看護事業所	電話：04-2931-3770 F A X：04-2931-3771 月曜日～土曜日 (午前8時30分～午後5時30分) 窓口担当者 小林 恵美
埼玉県国民健康 保険団体連合会	電 話：048-824-2568 F A X：048-824-2561
入間市役所 健康推進部 国保医療課	電 話：04-2964-1111 (国保給付担当：内線1231～6) (後期高齢者医療担当：内線1256～7) F A X：04-2965-0232 (代表)

7、 事故発生時・緊急時の対応方法

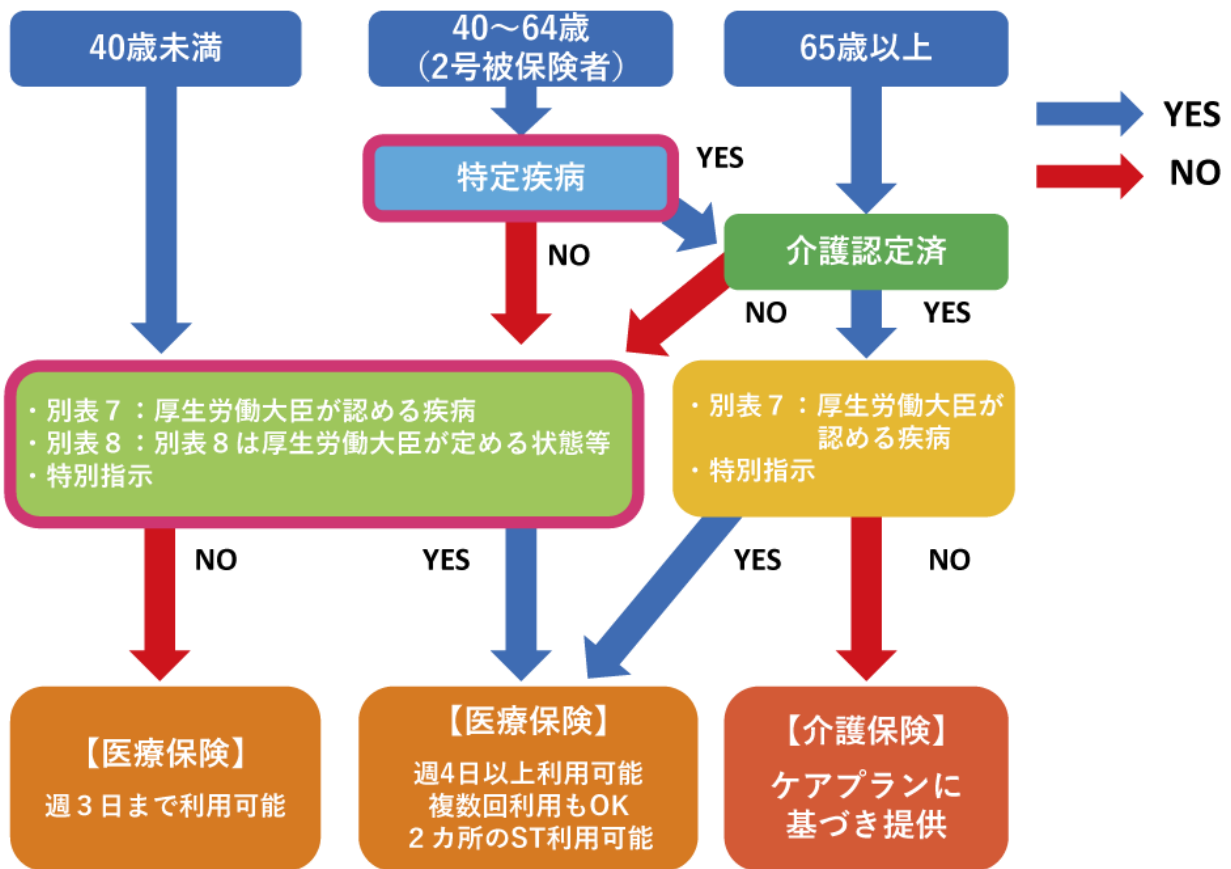
利用者の主治医又は、西武訪問看護事業所の協力医療機関、西武入間病院 西武クリニック、担当居宅支援事業所等への連絡調整を行い、必要な措置を講じます。

8、 損害賠償

事業所は、訪問看護サービスの提供にあたっては、万が一事故（利用者の生命、身体、財産に損害）が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害賠償します。

9、 サービス利用に関する留意事項

- ① 訪問看護師等への贈り物、飲食物の提供はお断りいたします。
- ② 訪問看護師等は、年金などの金銭の取り扱いは出来ません。
- ③ 訪問看護サービス実施のために必要な備品等（水道、ガス、電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問看護師等が事務所へ連絡する際、携帯電話の電波が届かない等の理由により使用できない場合には、電話の使用をさせていただきます。
- ④ 訪問看護師等は、ご利用者の家族等に対する訪問看護サービスの提供は出来ません。
- ⑤ サービス提供時、犬猫等ペットはゲージへ入れる、リードにつなぐ等のご協力をお願いします。ペットの放し飼いは訪問看護の妨げになる場合があります、噛み付く恐れもありますので、よろしくをお願いします。なお、万が一、噛み付く等の事故が発生した場合、治療費の請求をお願いする場合があります。
- ⑥ 虐待防止に関する法を遵守し適切に対応いたします。利用者が虐待を受けたと思われる場合は、速やかに市町村に通報いたします。
- ⑦ 暴言、暴力、ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。
- ⑧ 身体拘束については、利用者の生命を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
- ⑨ 自然災害等（地震、台風、大雪等）や感染症の流行により、訪問の変更、中止等の判断した場合には、事業所より連絡をさせていただきます。また災害発生時や感染症まん延時は、その規模や被害状況により訪問看護を行えない可能性があります。災害時の情報、被害状況を把握し安全を確保した上で、利用者の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。



事業所の重要事項説明書及びサービス内容説明書に同意されたものとする。下記書類に署名捺印の上 2 通作成し、利用者及び事業者一通ずつ保有することとします。

契約締結日 令和 年 月 日

ご利用者	私は、重要事項、サービス内容の説明を受け、その内容を理解し、訪問看護サービスの利用を申し込みます。
	住所 氏名 電話番号

ご家族	私は、重要事項、サービス内容の説明を受け、その内容を理解し、本人に代わり署名します。
	住所 氏名 電話番号

事業者	当介護予防訪問看護・訪問看護サービス事業者は、ご利用者様の申し込みを受諾しました。
	住所 入間市野田 3078-13 名称 医療法人明晴会 理事長 野中晴彦 指定番号 埼玉県 1162890051 号 事業所 西武訪問看護事業所 事業所電話番号 04-2931-3770