

医療法人明晴会 西武訪問看護事業所

重要事項説明書

<介護予防訪問看護・訪問看護>

(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 平成13年2月1日開設
所在地	入間市野田3078番地2
介護保険事業者番号	埼玉県 1162890051
1 訪問看護	平成13年2月1日
2 介護予防訪問看護	平成18年4月1日
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	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
管理者（看護師）	1人
看護師	3人以上（管理者1人も含む）
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（緊急時、24時間体制）
休日	日曜日、国民の祝日、12月30日午後12時30分～1月3日まで

5、サービス内容

当事業者が、利用者に提供するサービスは以下の通りです。

(1) 提供するサービス

* 自宅で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ステーションの看護師が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。

* 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軽減もしくは悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう、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、いつでも担当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) 訪問看護師の変更

- ① 利用者はいつでも担当の訪問看護師の変更を申し出ることができます。その場合、当事業者は、訪問看護サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。
- ② 当事業者は、担当の訪問看護師が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の訪問看護師を変更することがあります。その場合には、事前に利用者の了解を得ます。

(3) 利用料: 予防訪問看護・訪問看護の利用内容と利用料は以下の通りです。

1) 利用内容

- ① 訪問時間が 20 分未満(訪看 I-1)
- ② 訪問時間が 30 分未満 (訪看 I-2)
- ③ 訪問時間が 30 分以上 60 分未満 (訪看 I-3)
- ④ 訪問時間が 60 分以上 90 分未満(訪看 I-4)
- ⑤ 上記の訪問 1 回ごとにつき、サービス提供体制強化加算を頂きます。
- ⑥ 当事業者は緊急時訪問看護加算体制をとっておりますので、同意された利用者は 1 月に一度、緊急時訪問看護加算(当事業所は現在、緊急時訪問看護加算Ⅱを算定しております)を頂きます。又、時間外訪問をした場合は、要した訪問時間の基本利用料をご請求させていただきます。
1 か月のうち 2 回目以降の緊急時訪問は訪問時間帯により加算金額が生じます。
6 時から 8 時まで早朝は利用料の額 25%、18 時から 22 時まで夜間は利用料の額 25%、
22 時から翌日 6 時まで深夜は利用料の額 50% 増となります。
緊急時訪問看護加算体制に同意されていない利用者が、緊急の訪問した場合には、1 回につき実費で 15,000 円(消費税込み)徴収させていただきます。

- ⑦ さらに特別な管理を必要とする利用者(別に厚生労働大臣が定める状態にある者に限る)に対しては 特別管理加算として 1 月につき I か II の加算となります。

特別な管理を必要とする場合とは、経管栄養(胃ろう)、気管カニューレ、ドレーン挿入、尿管カテーテル、人工肛門、人工膀胱、膀胱カテーテル、中心静脈栄養、酸素療法、褥瘡等をいいます。

- ⑧ 訪問看護をご利用後、死亡日前 14 日以内に、2 回以上訪問しターミナルケアをした場合は死亡月につき ターミナルケア加算を請求させていただきます。

⑨ 一回目の訪問した月に限り、初回訪問加算を頂きます。なお、退院日(または退所日)当日に初回訪問看護をした場合は初回加算Ⅰ、それ以外は初回加算Ⅱをいただきます。

⑩ 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を頂きます。

⑪ 同時に複数名で訪問看護をした場合は、二人目の従事者の種別と所要時間で加算が生じます。

二人目の従事者が看護師の場合複数名訪問加算(Ⅰ)が、看護補助者の場合複数名訪問加算(Ⅱ)となり、所要時間が30分未満か、30分以上かで加算単位が違います。

⑫ 看護・介護職員連携強化加算は他の認定事業所の介護職員に痰の吸引等の指導を行った場合に加算されません。

⑬ 長時間訪問看護加算は、特別管理加算Ⅰ、Ⅱの対象者で1時間30分の訪問看護に引き続き、訪問看護を行う場合、1回につき300単位加算します。

⑭ 介護職員等処遇改善加算として、所定単位数に1.8%乗じた単位数を算定します。

2) 利用料

1)の①～⑭までの利用料に地域区分6級地(1単位10.42円)を掛けた金額を介護保険負担割合証に記載の負担割合に応じた額を請求とさせていただきます。(下の表の単位の欄以外の数字は円の単位で表示しています。)

	予防訪問看護				訪問看護			
	単位	1割負担	2割負担	3割負担	単位	1割負担	2割負担	3割負担
① 訪看Ⅰ-1	303	316	632	948	314	328	655	982
② 訪看Ⅰ-2	451	470	940	1,410	471	491	982	1,473
③ 訪看Ⅰ-3	794	828	1,655	2,482	823	858	1,715	2,573
④ 訪看Ⅰ-4	1,090	1,136	2,272	3,408	1,128	1,176	2,351	3,526
⑤ サービス提供体制強化加算	6	7	13	19	6	7	13	19
⑥ 緊急時訪問看護加算Ⅰ	600	626	1,251	1,876	600	626	1,251	1,876
Ⅱ	574	599	1,197	1,795	574	599	1,197	1,795
⑦ 特別管理加算Ⅰ	500	521	1,042	1,563	500	521	1,042	1,563
Ⅱ	250	261	521	782	250	261	521	782
⑧ ターミナルケア加算					2,500	2,605	5,210	7,815
⑨ 初回加算Ⅰ	350	365	730	1,095	350	365	730	1,095
Ⅱ	300	313	626	938	300	313	626	938
⑩ 退院時共同指導加算	600	626	1,251	1,876	600	626	1,251	1,876
⑪ 複数名訪問加算Ⅰ(30分未満)	254	265	530	794	254	265	530	794
Ⅰ(30分以上)	402	419	838	1,257	402	419	838	1,257
複数名訪問加算Ⅱ(30分未満)	201	210	419	629	201	210	419	629
Ⅱ(30分以上)	317	331	661	991	317	331	661	991
⑫ 看護・介護職員連携強化加算					250	261	521	782
⑬ 長時間訪問看護加算	300	313	626	938	300	313	626	938
⑭ 介護職員等処遇改善加算	総単位数の1.8%の単位数に地域区分を乗じ、各々の負担割合に応じた負担金額							

(4) その他

交通費は必要ありません。(入間市以外の訪問地域の場合は下記の料金となります。)

(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)

提供を受ける訪問看護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料

全額をお支払い頂きます。又、交通費は実費となります。(当事業実施地域外の場合)

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) 実費で頂きます。

当事業者が、利用者に対し、翌月 10 日までに、先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。

自然災害等(地震、台風、大雪等)や感染症により、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。

キャンセル料

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 :介護保険分の 5%

当日のキャンセル :介護保険分の 10% *できる限り、事前にお知らせ下さい。

(5) 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 枚当り 10 円(消費税込み)の料金を頂きます。

(6) サービスの中止、終了については、止む得ない事情で、訪問看護サービスを中止、又は終了する場合は、事前に下記の電話番号にお知らせください。

(7) 訪問看護に関する相談、要望、苦情等はサービス提供担当か下記窓口までお申し出下さい。

☆相談窓口：西武訪問看護事業所 ☆ 小林

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 営業時間: 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分まで(日曜日・国民の祝日・年末年始は休日とする。)
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 介護保険課	電 話 : 04-2964-1111 (内線 1344～7) F A X : 04-2965-0232 (代表)

(8) 利用者が急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある場合、医師の指示のもと訪問看護が医療保険に変更する場合があります。

(9) 緊急時の対応方法

営業時間内は、代表電話番号(04-2931-3770)に電話すると訪問看護事業所の看護師が対応します。

不在の場合自動的に携帯電話に転送されます。営業時間外は、(夜間、休日、年末年始)自動的に当番看護師に繋がります。但し、原則として緊急時連絡体制に同意された方に限ります。同意された方には、電話番号を別紙にてお渡しいたします。

6、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、西武クリニックへの連絡統制を行い、医師の指示に従います。

7、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。

8, 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 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。

当事業所の重要事項説明書とサービス内容説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。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