

指定訪問看護重要事項説明書（医療保険）

2024/6 改定

訪問看護のサービス提供の開始にあたり、契約を締結する前に事業の概要や提供されるサービスの内容、契約上のご注意いただきたいことについて、次のとおり説明させていただきます。

1. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション ソルア
所在地	大阪府豊中市寺内 2 丁目 13 番 25-102
連絡先	(電話) 06-6151-2786 (FAX) 06-6151-2787
介護保険指定番号	2764090557
医療保険医療機関番号	4090557
出張所の名称 所在地	訪問看護ステーションソルア 池田サテライト 大阪府池田市綾羽 2-4-6

2. 事業所の職員体制と職務内容

職 種	資 格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理者	看護師	1 名	0 名	従業員の管理及び業務の一元的な管理	1 名
訪問看護	看護師	6 名	5 名	訪問看護サービスの提供	11 名
訪問看護 (リハビリ)	理学療法士	6 名	3 名	訪問リハビリサービスの提供	9 名
訪問看護 (リハビリ)	作業療法士	2 名	1 名	訪問リハビリサービスの提供	3 名
訪問看護 (リハビリ)	言語聴覚士	0 名	0 名	訪問リハビリサービスの提供	0 名
計		15 名	9 名		24 名

(2024 年 6 月 1 日現在)

3. サービスの内容

(1) 訪問看護サービスは、ご利用者の居宅（自宅）にて、看護師等その他省令で定める者が、療養上の世話、または必要な診療の補助を行うサービスです。

具体的には、以下の①ないし③となります。

①看護介護行為

- ・バイタルチェック（血圧、脈拍、体温、簡易酸素飽和度測定）
- ・身体の保清（清拭、陰部洗浄、更衣、おむつ交換、口腔ケア、手浴、足浴、洗髪、入浴介助、ひげ剃り等）
- ・療養指導（生活の注意事項、食事指導、排泄に関する対策や指導等）
- ・服薬管理、指導
- ・リハビリテーション（関節などの運動・日常生活動作の訓練等）

②医療処置行為

- ・尿道留置カテーテル、自己導尿管管理ケア（特別管理加算対象）
- ・経管チューブ、胃瘻（いろう）管理ケア（特別管理加算対象）
- ・腹膜還流装置管理ケア（特別管理加算対象）
- ・透析液供給装置管理ケア（特別管理加算対象）
- ・在宅酸素療法管理ケア（特別管理加算対象）
- ・中心静脈栄養管理、輸液、ポンプ管理（特別管理加算対象）
- ・人工肛門、人工膀胱管理ケア（特別管理加算対象）
- ・気管切開（気管カニューレ挿入中）の管理ケア（特別管理加算対象）
- ・創傷及び床ずれ処置（状態によっては特別管理加算対象）
- ・喀痰の吸引、管理
- ・点滴、注射

③介護者への支援

- ・介護の方法指導、社会資源の紹介
- ・床ずれ防止、リハビリの方法、食事指導（介護の工夫、方法など）
- ・介護者及び家族の療養相談、助言
- ・保健福祉サービス・在宅ケアに関する諸サービスの情報提供・活用支援
- ・その他医師の指示に基づく処置・看護

(2) 訪問看護サービスの利用にあたっては、主治医に訪問看護指示書を交付していただく必要があります。指示期間は、主治医により定められます。指示期間を過ぎる前に、看護師から主治医に対し、期間経過後の指示書の交付依頼を行います。

（※訪問看護指示書代は、健康保険証の負担割合に応じて異なります。1割負担の方の場合は300円です。病院によって異なる場合もありますので病院窓口にてご確認の上、窓口でお支払ください。）

(3) サービス提供にあたっては、介護保険証、医療保険証や医療受給者証を確認さ

させていただきます。被保険者資格等の内容に変更が生じた場合はお知らせください。

- (4) ご利用者の希望及び心身の状況等並びに主治医の指示を踏まえて、「訪問看護計画書」を作成して、ご利用者に説明し、これに従ってサービスを提供します。なお、毎月1回、訪問看護計画書、訪問看護報告書を主治医に提出することが法令により定められておりますのでご了承ください。

(※ご利用者のお体の状態や看護計画に基づいて実施した内容等について報告します。)

- (5) サービス提供ごとに、提供日、提供した具体的なサービス内容、ご利用者の心身状況を記載した訪問看護記録書を作成します。ご利用者とそのご家族は事業所の営業時間内に、ご本人に関する訪問看護記録書をご覧いただけます。実費負担の複写料金を負担することで、ご本人に関する訪問看護記録書の複写の交付を受けることができます。訪問看護記録書は事業所にて5年間保管をします。

4. 管理者

サービス提供の管理者は、次の通りです。

サービスについてご相談、不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名：吉本 耕三

連絡先：訪問看護ステーション ソルア 連絡先電話：06-6151-2786

5. サービスの提供地域

豊中市・吹田市・池田市

6. サービス提供時間

サービス種類	平日	土曜・日曜日	祝日
訪問看護 予防訪問看護	8:45～17:15	原則休日 必要に応じて対応	原則休日 必要に応じて対応

※営業日、営業時間帯に関わらず24時間体制を取っておりますので、緊急時などは、時間外でも訪問いたします。但し、時間外の場合の利用料は通常料金と異なりますのでご注意ください。

※年末年始(12/31～1/3)は「祝日」扱いになります。

7. 利用料金

(1) 医療保険の適用を受けるサービスの料金

(単位：円/回)

項目		利用料	自己負担の目安					
			1割	2割	3割			
ア 基本療養費	訪問看護基本療養費 (I)	①保健師・助産師・看護師	週3日目まで	5,550	555	1,110	1,665	
			週4日目以降	6,550	655	1,310	1,965	
		②准看護師	週3日目まで	5,050	505	1,010	1,515	
			週4日目以降	6,050	605	1,210	1,815	
		③悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア・褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師 (人工肛門等の皮膚障害を伴わない合併症を含む)	12,850	1,285	2,570	3,855	(月額)	
	④理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	5,550	555	1,110	1,665			
	訪問看護基本療養費 (II) (同一建物居住者で同一日複数者)	①保健師・助産師・看護師	同1日2人	週3日目まで	5,550	555	1,110	1,665
				週4日目以降	6,550	655	1,310	1,965
			同1日3人以上	週3日目まで	2,780	278	556	834
				週4日目以降	3,280	328	656	984
		②准看護師	同1日2人	週3日目まで	5,050	505	1,010	1,515
				週4日目以降	6,050	605	1,210	1,815
			同1日3人以上	週3日目まで	2,530	253	506	759
				週4日目以降	3,030	303	606	909
③悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師 (人工肛門等の皮膚障害を伴わない合併症を含む)		12,850	1,285	2,570	3,855	(月額)		
④理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		同1日2人	5,550	555	1,110		1,665	
		同1日3人以上	2,780	278	556	834		
訪問看護基本療養費 (III) (外泊中の訪問看護)		8,500	850	1,700	2,550			

特別地域訪問看護加算			所定額の 100 分の 50				
難病等 複数回 訪問看護 加算	1 日 2 回	同一建物内 1 人又は 2 人	4,500	450	900	1,350	
		同一建物内 3 人以上	4,000	400	800	1,200	
訪問看護 加算	1 日 3 回以 上	同一建物内 1 人又は 2 人	8,000	800	1,600	2,400	
		同一建物内 3 人以上	7,200	720	1,440	2,160	
長時間訪問看護加算(90 分超え)			5,200	520	1,040	1,560	
乳幼児 加算(1 日)	下記以外の 6 歳未満の乳幼児		1,300	130	260	390	
	超重症児又は準超重症児・別表第 7・別表 第 8 に掲げる者		1,800	180	360	540	
イ 加算	①他の看 護師	同一建物内 1 人又は 2 人	4,500	450	900	1,350	
		同一建物内 3 人以上	4,000	400	800	1,200	
	②他の准 看護師	同一建物内 1 人又は 2 人	3,800	380	760	1,140	
		同一建物内 3 人以上	3,400	340	680	1,020	
	③その他 職員 (④以外)	同一建物内 1 人又は 2 人	3,000	300	600	900	
		同一建物内 3 人以上	2,700	270	540	810	
	④その他 職員 (別表 7, 8、特 別指示書)	1 日 1 回	同一建物内 1 人 又は 2 人	3,000	300	600	900
			同一建物内 3 人 以上	2,700	270	540	810
		1 日 2 回	同一建物内 1 人 又は 2 人	6,000	600	1,200	1,800
			同一建物内 3 人 以上	5,400	540	1,080	1,620
		1 日 3 回 以上	同一建物内 1 人 又は 2 人	10,000	1,000	2,000	3,000
			同一建物内 3 人 以上	9,000	900	1,800	2,700
	夜間・早朝訪問看護加算(6:00~8:00、18:00~22:00)			2,100	210	420	630
	深夜訪問看護加算(22:00~6:00)			4,200	420	840	1,260
緊急訪 問看護 加算	月 14 日目まで		2,650	265	530	795	
	月 15 日目以降		2,000	200	400	600	

ウ 管 理 療 養 費	月の初日	7,760	767	1,534	2,301
	2日目以降	3,000	300	600	900
	24時間対応体制加算(月に1回まで)	6,800	680	1,360	2,040
	退院時共同指導加算(2回まで)	8,000	800	1,600	2,400
	退院支援指導加算(1回のみ)	6,000	600	1,200	1,800
	〃 (長時間)	8,400	840	1,680	2,520
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算(月2回まで)	2,000	200	400	600
	在宅患者連携指導加算(月1回まで)	3,000	300	600	900
	看護・介護職員連携強化加算(月1回)	2,500	250	500	750
	特別管理加算Ⅱ	2,500	250	500	750
	特別管理加算Ⅰ	5,000	500	1,000	1,500
	特別管理指導加算	2,000	200	400	600
	専門管理加算	2,500	250	500	750
	医療DX情報活用加算(月1回)	50	5	10	15
エ 情報提供療養費(月1回)	1,500	150	300	450	
オ ターミナルケア療養費1(死亡月に算定)	25,000	2,500	5,000	7,500	
ターミナルケア療養費2(死亡月に算定)	10,000	1,000	2,000	3,000	
カ ベースアップ評価料Ⅰ(月1回)	780	78	156	234	

※上記ア基本療養費及びウ管理療養費については、医療保険適用公費助成資格を有する方は、その公費助成割合に応じた料金になります。

※年末年始(12/31~1/3)は「休日」扱いになります。

※夜間・早朝、及び深夜に訪問看護サービスを実施した場合は、各加算に応じた料金が適用されます。尚、8:00~9:00及び17:00~18:00の時間帯は、基本料金に応じた料金になります。

※ターミナルケア療養費1については、在宅または特別養護老人ホーム等で死亡した利用者(特別養護老人ホーム等において、看取り介護加算その他これに相当する加算を算定している利用者を除く)に算定します。

※ターミナルケア療養費2については、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者(特別養護老人ホーム等において、看取り介護加算その他これに相当する加算を算定している利用者)に算定します。

(2) 交通費と 24 時間対応体制加算については以下のとおりとします。

交通費	無・有（サービス提供 1 回当たり 円）
24 時間対応体制加算についての同意欄	<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算を受ける
	<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算を受けない

8. 利用者負担金のお支払方法

請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。

- (ア)事業者指定口座への振り込み
- (イ)利用者指定口座からの自動振替
- (ウ)現金支払い

9. 利用者負担金の滞納について

ご利用者が正当な理由なく利用者負担金を 2 ヶ月以上滞納した場合、及びご利用者負担金を支払わない場合は、事業者は 30 日間以上の猶予期間を定めて、契約を解約する旨を催告することがあります。

10. サービスのキャンセル

ご利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用日前日事業所営業時間までにご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、下記の表の通りキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。

時期	キャンセル料
前日までのご連絡の場合	無料
当日のご連絡の場合	1,000 円
ご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 50%

11. 契約の解約

(1) ご利用者の都合で契約を解約する場合

契約終了を希望する 14 日前までに文書で通知することにより、契約を解約することができます。但し、ご利用者の急変、急な入院などやむを得ない事由がある場合は、契約終了を希望する 1 週間以内の通知でも解約することができます。

(2) 事業者の都合で契約を解約する場合

事業者側にやむを得ない事由がある場合、又は、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用の目的を達す

ることが困難になった場合は、30日間以内の予告期間をもって、この契約を解約することができます。ただし、事業者は、この契約を解約しようとする場合は、前もって訪問看護指示医や他保健・医療・福祉サービス関係機関と協議し、必要な援助を行います。

(3) その他の契約が解約となる事由

- 一. 契約期間満了の14日前までに、利用者から更新拒絶の申し出があり、且つ契約期間が満了した時。
- 二. 事業者が9条により契約を解約した時。
- 三. 利用者が介護保険施設へ入所や医療施設等へ入院し、6ヶ月以上経過の時。
- 四. 事業者が定めた通常のサービス提供地域外へ利用者が転出し、継続が困難になった時。
- 五. 利用者の病状の改善により、訪問看護の必要が認められなくなった時。その他契約の継続が困難となった時。

12. その他

(1) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① 訪問看護師及びその他従業員（以下「訪問看護師等」という）は、年金の管理、金銭の貸借など金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
- ② 訪問看護師等は、医療保険上、利用者の心身機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。それ以外の業務は認められていませんので、ご了承ください。
- ③ 訪問看護師等に対する贈り物や飲食などのもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ④ 感染予防のため、処置及びケア時はゴム手袋を使用させていただきます。また、終了後は手洗いをさせていただきますのでご了承ください。

13. 緊急時及び事故発生時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業所等に連絡します。

主治医	医療機関名			
	医師名		電話番号	
ご家族等	氏名（続柄）		氏名（続柄）	
	電話番号		電話番号	

14. 損害賠償

事業者は、ご利用者に対するサービス提供にあたって、万が一事故が発生しご利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な損害義務の履行を速やかに行います。

15. 相談窓口、苦情対応

(1) 苦情があった場合は、ご利用者の状況を把握するために必要に応じ訪問を実施し、聞き取りや事情の確認を行ないます。把握した内容をもとに検討を行ない、今後の対応を決定します。必要に応じて関係者への連絡調整を行ない、ご利用者に対して、対応方法や結果の報告を行ないます。

【事業者の窓口】 （苦情処理担当者： 吉本 耕三）	所在地：大阪府豊中市寺内2丁目13番25-102 電話番号：06-6151-2786 FAX 番号：06-6151-2787 受付時間：8：45～17：15（月曜日～金曜日）
【市の窓口】 豊中市健康福祉部 高齢施策課	所在地：大阪府豊中市中桜塚3-1-1 電話番号：06-6858-2838 FAX 番号：06-6858-3146 受付時間：8：45～17：15（月曜日～金曜日）
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地：大阪府大阪市中央区常盤町1-3-8 中央大通FNビル 電話番号：06-6949-5418 受付時間：9：00～17：00（月曜日～金曜日）

16. 法人の概要

法人種別	株式会社ソルア
代表者名	澤木 孝師
所在地・電話	大阪府豊中市寺内2丁目13番25-102 電話：06-6151-2786 / FAX：06-6151-2787
業務の概要	訪問看護（介護予防訪問看護）
事業所数	訪問看護（介護予防訪問看護） 1事業所 1サテライト

17. 事業所の特色など

(1) 事業の目的

株式会社ソルアが設置する訪問看護ステーション ソルアの訪問看護師等およ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、訪問看護（介護予防訪問看護）事業の適正な運営および利用者に対する適切な訪問看護（介護予防訪問看護）サービスの提供を目的とします。

(2) 運営の方針

- ① 株式会社ソルアは、医師の指示の下、基礎となる疾病の看護学的な管理指導やリハビリテーション指導を行うことで、日常生活の活動能力および生活の質の維持・回復、要介護状態の軽減もしくは悪化の予防、又は要介護状態となることの予防を図り、住み慣れた地域社会や家族で安心して療養できるよう支援します。
- ② 病気・心身状況の安全確保・指導を行いながら、機能維持・回復、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止、または要介護状態となることの予防を図り、リハビリテーションの評価と計画、指導・実践を行います。
- ③ 事業の運営にあたって、健康保険法に基づき、利用者や家族、主治医と相談し、適切に訪問看護が提供できるよう努めます。
- ④ 事業の運営にあたって、医療・保険・福祉サービス関係と密接な連携を行い、総合的なサービス提供に努めます。

18. 個人情報の取り扱い基準の遵守について

- (1) 介護ならびに関連事業のサービス提供開始前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で個人情報を収集いたします。
- (2) 個人情報の利用は、指定訪問看護契約書第10条第1項及び第2項における事前の承諾又は同意に基づき、別紙、「個人情報保護に関するご案内」に定める利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- (3) 同意又は依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはありません。同意・依頼の下で、個人情報の提供、預託を行なう場合においても、提供・預託先に適正に管理するよう、監督を行って参ります。

年 月 日

訪問看護サービス利用にあたり、ご利用者に対して、サービス契約書および本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

事業者 <所在地> 大阪府豊中市寺内2丁目13番25-102
<法人名> 株式会社ソルア
<代表者> 澤木 孝師 印
<事業所名> 訪問看護ステーション ソルア

<説明者> _____ 印

私は、本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項説明を受け、個
人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意の上交付を受けました。

ご利用者 <住 所> _____

<氏 名> _____ 印

代理人 ご家族 その他) ※該当する項目にレを付けて下記にご記入下さい。
<ご利用者との関係・続柄> _____

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

<署名代行の事由>

1. 疾病により書字困難
2. その他 ()

※1 「代理人・ご家族・その他」欄に署名された方（以下「ご署名者」という）は、同欄
の署名をもって、別紙、「個人情報保護に関するご案内」に定める個人情報の利用目的
の範囲内での使用について同意したものとします。

※2 サービスの提供に際してご利用者の家族情報が必要な場合、ご署名者は、ご署名者の
責任において、これを株式会社ソルアに提供するものとします。

※3 主な介護者の個人情報、退院前カンファレンス等で必要となることがあります。そ
のため、ご利用者ご自身が契約を締結される場合でも、主な介護者の方の署名捺印を
「代理人・家族・その他」欄に記入して頂きますようお願いいたします。