

医療法人社団瑞鳳会
こころ訪問看護ステーション東金宝町 契約書別紙（兼 重要事項説明書）

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり岐阜県条例の規定に基づき、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. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団 瑞鳳会	主たる事務所の所在地	〒500-8185 岐阜県岐阜市元町3丁目16番地
代表者（職名・氏名）	理事長 松岡 正治	設立年月日	1995年4月7日
電話番号	058-266-6888		

2. 事業所の概要

事業所の名称	医療法人社団 瑞鳳会	サービスの種類	訪問看護
事業所の所在地	〒500-8177 岐阜県岐阜市東金宝町1-16 メゾンドクマダ303	電話番号	058-264-2688
指定年月日	2000年4月1日	事業所番号	2160190126
管理者の氏名	田所 ひとみ	通常の営業地域	岐阜市、各務原市、岐南町、笠松町、名古屋市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護（又は介護予防訪問看護）は、病状が安定期にある利用者について、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「訪問看護職員」といいます。）が、利用者の居宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月31日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後6時まで ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については24時間対応可能な体制を整えるものとします。

6. 事業所の職員体制

管理者	1名	看護師等（保健師、看護師又は准看護師）	2.5名以上
リハビリ職員	必要と認められる人数		

7. サービス提供の担当者

あなたへのサービス提供の担当職員（訪問看護職員）及びその管理責任者は下記のとおりです。担当職員の交替を希望する場合は、できる限り対応しますので、管理者までご連絡ください。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

8. 利用料金

- 1) 介護保険による利用料(1単位：10.42円、自己負担1割とした場合)

<保健師、看護師が行う訪問看護>

サービス内容	単位数	自己負担額
20分未満	314単位	328円
20分以上30分未満	471単位	491円
30分以上60分未満	823単位	858円
60分以上90分未満	1,128単位	1,176円
理学・作業療法士、言語聴覚士の場合（1回20分以上、6回/週まで）	294単位	307円

- 2) 介護予防訪問看護の利用料（訪問看護ステーションの場合）

サービス内容	単位数	自己負担額
20分未満	303単位	315円
20分以上30分未満	451単位	470円
30分以上60分未満	794単位	827円
60分以上90分未満	1,090単位	1,136円
理学・作業療法士、言語聴覚士の場合（1回20分以上、6回/週まで）	284単位	306円

（注1）上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。

なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

<加算>

事業の目的	加算の要件	加算額		
夜間・早朝・深夜加算	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～8時）にサービス提供する場合	上記基本料金の25%		
	深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する場合	上記基本料金の50%		
複数名訪問加算	同時に複数の看護師等が1人の利用者に対して30分未満の訪問看護を行った場合（1回につき）	254単位	265円	
	看護師と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合（30分未満の場合）	201単位	210円	
複数名訪問加算Ⅱ	看護師と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合（30分以上の場合）	317単位	331円	
	長時間訪問看護加算	60分以上90分未満の訪問看護に続き行う場合に算定 ※特別管理加算Ⅰ及びⅡの対象者に限る	300単位	313円
小規模事業所加算	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの延べ訪問回数が100回以下の小規模事業所である場合	上記基本利用料の10%		
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域において、通常の事業の実施地域以外に居住する利用者へサービス提供した場合	上記基本利用料の5%		
初回加算	新規の利用者へサービス提供した場合	初回加算Ⅰ	350単位	365円
	新規の利用者へサービス提供した場合	初回加算Ⅱ	300単位	313円
退院時共同指導加算	退院後翌日以降の初回訪問時	600単位	626円	
緊急時訪問看護加算	緊急時訪問看護加算Ⅰ（1月につき）※緊急時加算の同意が必要 緊急時訪問看護加算Ⅱ：574単位	600単位	626円	
特別管理加算Ⅰ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合（1月につき）	500単位	521円	
特別管理加算Ⅱ	特別な管理を必要とする利用者に対し、サービスの実施に関する計画的な管理を行った場合（1月につき）	250単位	261円	
ターミナルケア加算	利用者の死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合(当該月につき)	2,500単位	2,605円	
口腔連携強化加算	1回につき	50単位	53円	

- 3) 医療による訪問看護利用料（自己負担額は年齢等に応じて1～3割となります）

診療内容	算定回数	診療報酬
訪問看護管理療養費(月の初日の訪問)	1回	7,670円
訪問看護管理療養費Ⅰ(2日以降)	1日につき	3,000円
訪問看護管理療養費Ⅱ(2日目以降)	1日につき	2,500円
訪問看護基本療養費Ⅰ(1日につき)	週3日目まで	5,550円
	週4日目以降	6,550円
訪問看護基本療養費Ⅱ	週3日目まで	5,550円
	週4日目まで	6,550円
訪問看護基本療養費Ⅲ	週3日目まで	2,780円
	週4日目以降	3,280円
訪問看護基本療養費Ⅲ	入院中1回目(基準告時第2の1に規定する疾病等は2回)	8,500円
難病等複数回訪問看護加算	1日2回の場合	4,500円
	1日3回の場合	8,000円
緊急時訪問看護加算(月14日まで)	1日につき	2,650円
緊急時訪問看護加算(15日目以降)	1日につき	2,000円
長時間訪問看護加算	週1日	5,200円
複数名訪問看護加算	週1日	4,500円
夜間・早朝訪問看護加算	1回につき	2,100円
深夜訪問看護加算	1回につき	4,200円
24時間対応体制加算(届け出)	月1回	6,800円
特別管理加算Ⅰ(1月につき)	月1回	5,000円
特別管理加算Ⅱ(1月につき)	月1回	2,500円
退院支援指導加算	退院後翌日以降の初回訪問時	6,000円
退院時共同指導加算	退院後翌日以降の初回訪問時	8,000円
在宅患者連携指導加算	月1回	3,000円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	月2回	2,000円
訪問看護ターミナル療養費		25,000円
訪問看護情報提供療養費	月1回	1,500円
乳幼児加算(6歳未満)月1回	厚生労働大臣が定めるもの	1,800円
	上記以外	1,300円

- 4) 医療保険による精神訪問看護の利用料

診療内容	算定回数	診療報酬
訪問看護管理療養費(月の初日の訪問)	1回	7,670円
訪問看護管理療養費Ⅰ(2日以降)	1日につき	3,000円
訪問看護管理療養費Ⅱ(2日目以降)	1日につき	2,500円
訪問看護基本療養費Ⅰ(1日につき)	週3日目まで	5,500円
	週4日目以降	6,550円
訪問看護基本療養費Ⅱ(同一建物で2人/日)	週3日目まで	5,550円
	週4日目以降	6,500円
訪問看護基本療養費Ⅲ(同一建物で3人以上/日)	週3日目まで	2,780円

	週4日目を以降	3,280円
訪問看護基本療養費Ⅳ	入院中1回目(基準告示第2の1に規定する疾病等は2回)	8,500円
精神科複数回訪問看護加算 (精神科重症患者早期集中支援管理料を算定する利用者に限る)	1日2回の場合	4,500円
	1日3回の場合	8,000円
精神科緊急訪問看護加算(14日まで)	1日につき	2,650円
精神科緊急訪問看護加算(15日以降)	1日につき	2,000円
長時間訪問看護加算	週1日を限度	5,200円
複数名訪問看護加算	週1日を限度	4,500円
夜間・早朝訪問看護加算	1回につき	2,100円
深夜訪問看護加算	1回につき	4,200円
24時間対応体制加算(届け出)	月1回	6,800円
特別管理加算Ⅰ(1月につき)	月1回	5,000円
特別管理加算Ⅱ(1月につき)	月1回	2,500円
退院支援指導加算	退院後翌日以降の初回訪問時	6,000円
退院時共同指導加算	退院後翌日以降の初回訪問時	8,000円
在宅患者連携指導加算	月1回	3,000円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	月2回	2,000円
訪問看護ターミナル療養費		25,000円
訪問看護情報提供療養費	月1回	1,500円
精神科重症患者支援管理連携加算Ⅰ	月1回	8,400円
精神科重症患者支援管理連携加算Ⅱ	月1回	5,800円

※保険証の負担割合、公費により自己負担額は異なります

<減算> 以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	減算額
事業所と同一建物に居住する利用者等へのサービス提供減算	以下のいずれかの利用者に行う場合 ・事業所と同一の敷地内又は隣接する敷地内の建物（養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅に限る。）に居住する利用者 ・事業所と同一の建物に居住する利用者 ・一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者	上記基本部分の90%

5) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定の前日迄	キャンセル料不要
利用予定日の当日	利用者負担額の10%の額

6) 支払い方法

上記1) から4) までの利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、10日以内に差し上げます。

支払方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の20日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の20日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の実主治医へ連絡し、指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称
	氏名
	所在地
	電話番号
緊急連絡先（ご家族等）	氏名
	ご利用者との続柄
	電話番号

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

苦情窓口	連絡先	担当者・担当部署	苦情窓口	連絡先	担当者・担当部署
こころ訪問看護ステーション東金宝町	058-264-2688	管理者	各務原市役所	058-383-1111	高齢福祉課
岐阜県国民健康保険団体連合会	058-275-9826	介護・障害課 苦情相談係	笠松町役場	058-387-5816	介護・福祉課
岐阜市役所	058-214-2093	介護保険課支援係	愛知県国民健康保険団体連合会	052-971-4165	介護保険課 苦情調査係
岐南町役場	058-247-1348	福祉課	名古屋市役所	052-959-3087	健康福祉局介護保険課施設指導担当・居宅指導担当

12. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです

- サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください
 - 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い 等
- 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします
- 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）又は事業所の担当者へご連絡ください
- こころ訪問看護ステーション東金宝町からの訪問リハビリに関わる事は、随時ご相談下さい
 - 連絡先：058-264-2688

以上

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、重要事項を説明しました。

説明日 _____年 _____月 _____日

【事業者】

所在地：〒500-8185 岐阜県岐阜市元町 3-16

名称：医療法人社団瑞鳳会

代表者：理事長 松岡 正治

説明者：_____

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

同意日 _____年 _____月 _____日

【ご利用者】

住所：

氏名：

【ご家族・代理人】

住所：

氏名：

続柄：