

# 訪問看護(介護予防訪問看護)重要事項説明書

〈令和7年10月1日〜〉

## 1.当事業所が提供するサービスについての相談窓口

携帯電話 080-1750-0081

担当代表 谷川 ひとみ

\* ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい

## 2.事業の目的

- 1) 医療法人友愛会が開設する、訪問看護ステーション夢の杜が行う指定訪問看護の事業の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、訪問看護ステーションの看護職員が、介護が必要な老人及び療養者に対する生活の質の確保を図る事を重視し、介護が必要な老人及び療養者の日常生活動作能力の維持・回復を図るとともに、家族や周囲の方によって住み慣れた地域社会や家庭で療養生活が出来るよう支援する事を目的とする。

## 3.運営の方針

- 1) 指定訪問看護の事業者は、利用者の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行う事とする。また指定訪問看護の事業者は、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図る事とする。
- 2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。
- 3) 看護目標や看護計画を定期的に自己評価し、常にその改善を図り訪問看護の質的向上に努める。

## 4.事業所の名称等

事業を行う事業所の名称及び所在地は次の通りとする。

名 称	所 在 地
医療法人友愛会野尻中央病院 訪問看護ステーション夢の杜	〒889-0210 宮崎県小林市野尻町東麓 1170 番地

## 5.指定訪問看護事業所の職員の職種・員数及び職務内容

- 1) 指定訪問看護事業所に勤務する職員の職種・員数及び職務内容は次の通りとする。

(1) 管理者 1 人 (常勤看護師)

【管理者の職務内容】

指定訪問看護事業所の従事者の管理及び指定訪問看護の利用の申し込みについての調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う。

(2) 看護師 2.5 人以上 (常勤換算、うち 1 名以上は常勤)

【看護師・保健師・准看護師の職務内容】

療養上の世話として (食事の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助、ターミナルケア等) を行う。診療の補助として (褥瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置) を行う。家族支援に関すること (家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理) を行う。

(3) 理学療法士、作業療法士あるいは言語聴覚士 (必要数)

【理学療法士、作業療法士の職務内容】

リハビリテーションに関する事を行う。

## 6.営業日及び営業時間

各事業所の営業日及び営業時間は次の通りとする。

名 称	営業日及び営業時間
医療法人友愛会野尻中央病院 訪問看護ステーション夢の杜	営業日：月曜日～土曜日 営業時間：午前 8：00～午後 5：00

## 7. 指定訪問看護の内容及び利用料、その他の費用の額

### 【指定訪問看護の内容】

#### 1) 【療養上の世話】

食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、清潔の管理・援助（清拭等）ターミナルケア等を行います。

#### 2) 【診療の補助】

褥瘡の処置、カテーテル管理等の医療処置を行います。

#### 3) 【リハビリテーションに関すること】

リハビリテーションを行います。

#### 4) 【家族支援に関すること】

家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理を行います。

### 【職員の禁止事項】

- (1) 利用者・家族の金銭・預貯金通帳、証書などの預かり（利用料の集金は除く）
- (2) 利用者・家族からの金、物品の授受、飲食、喫煙
- (3) 身体拘束（利用者などの生命の危険、身体保護等やむを得ない場合を除く）
- (4) 宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

### 【指定訪問看護の利用料】

最後に、料金表を介護保険・医療保険・医療保険対象外に分けて載せております。ご参照下さい。

### 【利用料の発行】

当月の料金の合計額の請求に明細を付して、翌月 15 日までに利用者へ発行致します。利用者は、当月の料金の合計額を口座振替にて翌月 27 日までに支払います。口座振替確認後、領収書を発行致します。

## 8. 通常の事業の実施地域

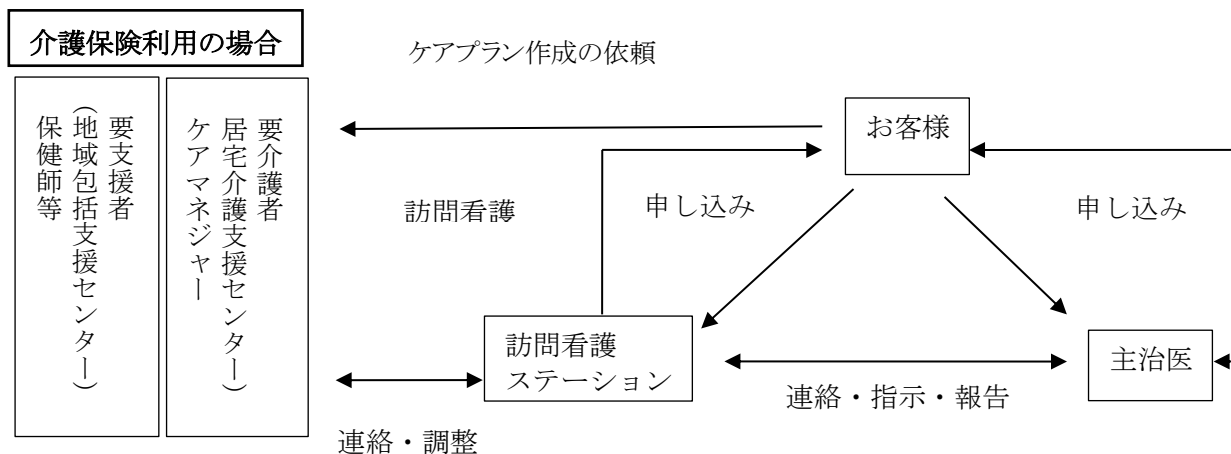
### 【通常の事業の実施地域】

事業所が行う通常の事業の実施地域は以下の通りとする。

小林市、高原町、都城市高崎町、宮崎市高岡町

## 9. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用手続き



訪問看護は、看護師などが家庭訪問して、病気や障害のために支援を必要とされる方の看護を行うサービスで、介護保険制度のほか、医療保険制度で利用できる方もいます。主治医の治療方針（介護保険の利用者はケアプランと治療方針）に沿って看護計画を立て、他のサービスとも連携しながら看護を行いますので、安心して在宅療養が続けられます。

お申し込みについては、訪問看護ステーションまたは主治医、ケアマネジャーにご相談下さい。

## 10. サービス内容に関する相談・苦情の処理

- (1) 指定訪問看護事業者は、提供した指定訪問看護に関する利用者や家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、相談窓口を設置し、苦情の受付日、その内容等を記録します。また、苦情がサービスの質の向上を図る上での重要な情報であるとの認識に立ち、苦情の内容を踏まえ、サービスの質の向上に向けた取り組みを行うようにします。
- (2) 指定訪問看護事業者は、提供した指定訪問看護に関し、市町村が行う文書などの物件の提出や提示の求めに応じます。また市町村の職員からの質問や照会に応じ、利用者からの苦情に関して市町村が行う調査に協力し、市町村から指導または助言を受けた場合においては、その指導または助言に従って必要な改善を行い、求めがあった場合には報告いたします。
- (3) 指定訪問看護事業者は、提供した指定訪問看護に関する利用者からの苦情について国民健康保険団体連合会が行う調査に協力するとともに、国民健康保険団体連合会から指導または助言を受けた場合においては、その指導または助言に従って必要な改善を行い、求めがあった場合には報告致します。

### ① 当事業所ご利用者相談・苦情担当

担 当 野尻中央病院 地域連携室

電 話 0984-44-1141（代）

### ② その他のご相談・苦情窓口

各市町村

高原町（ほほえみ館直通）	電話 0984-42-4820
小林市（介護保険課直通）	電話 0984-23-1140
小林市須木	電話 0984-48-3111
小林市野尻町	電話 0984-44-1100
都城市（介護保険課直通）	電話 0986-23-2114
都城市高崎町	電話 0986-36-8112
宮崎市高岡町（高岡総合支所）	電話 0985-30-9426
宮崎県社会福祉協議会	電話 0985-22-3145
宮崎県国民健康保険連合会	電話 0985-25-0260

## 11. 秘密保持

正当な理由がない限り、業務上知りえた利用者及びご家族の秘密及び情報は漏らしません。  
また職員の退職後も遵守致します。

## 12. 緊急時等における対応方法

看護師等は、現に指定訪問看護の提供を行っているときに利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医へ連絡を行い、指示を求める等の必要な措置を講じます。

## 13. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定（介護予防）訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。  
また、利用者に対する指定（介護予防）訪問看護により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

#### 14.衛生管理等

指定訪問看護事業者は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理を行い、指定訪問看護事業者が使用する備品等の衛生管理にも努めます。

#### 15.非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、緊急連絡網に従い対応できるよう整備を行います。やむを得ずサービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

#### 16.虐待の防止について

事業者は、ご利用者の差別の禁止、人権擁護・虐待防止の為、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策などの必要な体制整備を行うと共に、従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施するなどの措置を講じます。

虐待防止に関する担当者	手島 健夫
-------------	-------

#### 17.ハラスメント対策について

サービス利用契約中に、ご利用者、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。（・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す）

#### 18.業務継続計画の策定等について

- （１）感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するため、非常時の体制を整え早期にサービス再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画にしたがって必要な措置を講じます。
- （２）従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的に実施します。
- （３）定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

#### 19.（身体拘束の禁止）

- （１）利用者又は利用者などの生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わない。
- （２）身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する。

#### 20.その他

当事業所は看護師・理学療法士等の学生の臨地実習受け入れ施設として協力をしております。看護師等の教育の必要性をご理解いただき、ご協力お願い致します。

#### 21.第三者による評価の実施状況等

1    あり	実施日	
	評価機関名称	
	結果の開示	1    あり      2    なし
②    なし		

【指定訪問看護の利用料】

・介護保険による訪問看護（介護予防訪問看護）

（1 単位：10 円）

			基本単位	
			要介護	要支援
訪問看護費	看護	20 分未満	314	303
		30 分未満	471	451
		30 分以上 1 時間未満	823	794
		1 時間以上 1 時間半未満	1128	1090
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリ	20 分	294	284
		40 分	588	568
		60 分	794	767
	※利用料金は、介護保険負担割合証の負担割合に応じ 1 割・2 割・3 割負担となります。 ※サービス提供体制強化加算として、サービス内容につき 6 単位（1 割負担 6 円）が加算されます。 看護の場合では、訪問 1 回につき 6 単位となります。 リハビリの場合では、1 回（20 分）につき 6 単位となります。 ※特別管理加算が該当する場合、2 回目以降の夜間・早朝もしくは深夜に訪問した場合は、上記料金に加算がされます。 夜間・早朝（6～8 時、18～22 時）に訪問した場合：25%加算 深夜（22～6 時）に訪問した場合：50%加算 ※同一建物等居住者の（介護予防）訪問看護費の減算にて、ジリーノ入居の利用者は、10%減算となります。 ※前年度事業所での理学療法士等による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えていることもしくは緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していない場合は、1 回（20 分）につき 8 単位減算となります。 ※要支援の利用者への理学療法士等によるリハビリでは、利用開始月から 12 月を超えている場合、1 回（20 分）につき 15 単位の減算となります。			
	加算	緊急時訪問看護加算（月 1 回）（注 1）		600
		特別管理加算（月 1 回）（注 2）	（Ⅰ）	500
			（Ⅱ）	250
		複数名訪問看護加算Ⅰ（1 回につき）（注 3）	30 分未満	254
			30 分以上	402
		複数名訪問看護加算Ⅱ（1 回につき）（注 3）	30 分未満	201
			30 分以上	317
		長時間訪問看護加算（1 回につき）（注 4）		300
		退院時共同指導加算（退院または退所後の初回訪問時に 1 回または 2 回）（注 5）		600
		初回加算（注 6）	（Ⅰ）	350
			（Ⅱ）	300
		看護体制強化加算（注 7）		200
		ターミナルケア加算（適応時）		2500

令和 6 年 6 月 1 日現在

（注 1）24 時間の連絡相談及び緊急時訪問が行える体制をとっておりますので、1 月につき加算されます。

（注 2）特別な管理を必要とする状態（厚生労働大臣が定める状態ⅠまたはⅡ）については、1 月につき加算されます。

特別管理加算Ⅰ：在宅悪性腫瘍患者指導管理や気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態

特別管理加算Ⅱ：在宅酸素療法指導管理・在宅自己導尿指導管理等を受けている状態・真皮を超える褥瘡の状態

（注 3）厚生労働大臣が定める基準を満たす場合であって、同時に複数の看護師等が 1 人の利用者に対して、指定訪問看護を行った場合に、訪問 1 回につき加算されます。（看護師の場合Ⅰ、看護補助者の場合Ⅱ）

訪問看護ステーション重要事項説明書

（訪看－1：251001 2 年）

- (注 4) 厚生労働大臣が定める状態等により特別管理加算が認められている利用者に対して、所要時間 1 時間以上 1 時間 30 分未満の訪問看護を行った後も引き続き訪問看護を行って、通算 1 時間 30 分以上となる場合に 1 回につき加算されます。
- (注 5) 退院または退所前に主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を受け、その内容を文書により提供された場合に加算されます。
- (注 6) 新規の利用に対し初回の訪問看護を行った月に算定されます。Ⅰ・Ⅱいずれかの算定となります。  
初回加算Ⅰ：退院した日に初回の指定訪問看護を行った場合  
初回加算Ⅱ：退院した日の翌日以降に初回の指定訪問看護を行った場合
- (注 7) ①24 時間の連絡相談及び緊急時訪問を利用されている利用者数、  
②特別な管理を必要とする状態の利用者数、  
③ターミナルケア加算の適応になった利用者数、  
以上の 3 項目に該当する利用者数によって、1 月につき加算されます。

・医療保険による訪問看護

(単位：円)

	基本利用料	管理療養費		24 時間対応 体制（注 1）	基本利用料合計額		
		月の 1 回目	2 回目以 降		1 割負担	2 割負担	3 割負担
月 1 回	5550	7670		6800	1962	3924	5886
月 4 回	5550×4	7670	3000×3	6800	4567	9134	13701
月 8 回	5550×8	7670	3000×7	6800	7987	15974	23961
月 12 回	5550×12	7670	3000×11	6800	11407	22814	34221
月 30 回 （注 2）	5550×12 6550×18	7670	3000×29	6800	28597	57194	85791
夜間・早朝、深夜に訪問した場合は上 記料金に加算されます。		夜間早朝（18～22 時、6 ～8 時）		210	420	630	
		深夜（22～6 時）		420	840	1260	
加算	難病等複数回訪問加算 （注 3）		1 日 2 回	4500	450	900	1350
			1 日 3 回	8000	800	1600	2400
	特別管理加算（月 1 回）		（注 4）	5000	500	1000	1500
			（注 5）	2500	250	500	750
	長時間訪問看護加算（週 1 回）（注 6）			5200	520	1040	1560
	複数名訪問看護加算（週 1 回）（注 7）			4500	450	900	1350
	緊急訪問看護加算（医師の指示の下）			2650	265	530	795
	※15 日目以降			※2000	200	400	600
	退院時共同指導加算 （適応時）		（注 8）	6000	600	1200	1800
			（注 9）	8000	800	1600	2400
	退院支援指導加算（適応時）（注 10）			6000	600	1200	1800
	訪問看護ベースアップ評価料			780	78	156	234
	訪問看護医療 DX 情報活用加算			50	5	10	15
ターミナル療養費（適応時）			25000	250	500	750	

令和 7 年 5 月 1 日現在

- (注 1) 24 時間の連絡相談及び緊急時訪問が行える体制をとっておりますので、1 月につき加算されます。
- (注 2) 下記の①～③に該当する利用者は、週 4 日以上訪問看護が可能です。
- (注 3) 下記の①～③に該当する利用者は、1 日複数回の訪問看護が可能です。
- (注 4) (注 5) 下記の③に該当する利用者は、1 月につき加算されます。
- (注 6) 下記の①～③のいずれかに該当する利用者、通算 90 分以上となる場合に 1 回につき加算されます。
- (注 7) 下記の①～④のいずれかに該当する利用者、同時に複数の看護師等が訪問看護を行った場合に算定されます。
- (注 8) 退院前に主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を受け、その内容を文書により提供された場合に加算されます。
- (注 9) 下記の①に該当する利用者は、(注 8) を受けた場合に 2000 円が加算されます。
- (注 10) 下記の①または③に該当する利用者が、退院された日の訪問看護に算定されます。
- ① 厚生労働大臣が定める疾病等 ②特別訪問看護指示期間中にある利用者 ③特別な管理を必要とする利用者 ④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

訪問看護ステーション重要事項説明書

(訪看－1：251001 2 年)

・医療保険対象外料金（自己負担）

	介護保険	医療保険
死後の処置（エンゼルケア）	10000 円	
※エンゼルケアセット、浴衣等の実費相当額を頂きます。		
交通費		20 円／km
休日加算：営業時間（月～土）以外の日曜日		2000 円／回

\*\*\*\*\*

私は、訪問看護ステーションの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 小林市野尻町東麓 1170 番地  
名称 医療法人友愛会 野尻中央病院  
訪問看護ステーション 夢の杜  
管理者 氏名 谷 川 ひ と み 印

説明者 氏名 印

私は、本書面により、事業者から訪問看護ステーションについての重要事項の説明を受け、サービスの提供に同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 印

代理人 住所

氏名 印

（続柄 ）