

訪問看護・介護予防訪問看護

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、新潟市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

事業所(法人)の名称	医療法人社団 晴和会
主たる事務所の所在地	〒950-1123 新潟市西区黒鳥2339番地1
代表者(職名・氏名)	理事長 廣川 雅晴
設 立 年 月 日	平成10年8月5日
電 話 番 号	025-370-7555

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	ひまわり訪問看護ステーション
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護
事業所の所在地	〒950-0993 新潟市中央区上所中1丁目10番24号
電 話 番 号	025-256-8212
指定年月日・事業所番号	令和3年12月1日指定 1560191247
管理者の氏名	島田 勝次
通常の事業の実施地域	新潟市中央区、西区、東区、江南区、秋葉区

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り、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. 営業日時

営業日	月曜日～土曜日・祝日
営業時間	午前8時45分から午後5時45分まで
休業日	日曜日・年末年始(12月31日～1月3日)は原則としてお休みさせていただきます。 ※ただし、利用者の状態によって、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

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤2人、非常勤1人以上	理学療法士	1名以上
准看護師	—	作業療法士	1名以上
保健師	—	言語聴覚士	—

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。

訪問看護職員の氏名	(資格:看護師 理学療法士 作業療法士) 等
管理責任者の氏名	管理者 島田 勝次

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割の額です。ただし、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、超えた額の全額をご負担いただきます。

(地域区分:7級地 単価:10.21円)

(1) 訪問看護の利用料

【基本部分(訪問看護ステーション)】

取扱要件	単位	基本利用料	利用者負担金				
			法定代理受領分			法定代理受領分以外	
			(1割)	(2割)	(3割)		
看護師が行う 訪問看護 (准看護師の 場合は90%)	20分未満 (週に1回以上。20分以上 の保健師又は看護師による 訪問を行った場合)	(314)	3,205円	321円	641円	962円	3,205円
	30分未満	(471)	4,808円	481円	962円	1,443円	4,808円
	30分以上1時間未満	(823)	8,402円	841円	1,681円	2,515円	8,382円
	1時間以上1時間30分未 満	(1,128)	11,516円	1,152円	2,304円	3,455円	11,516円
理学療法士等 が行う 訪問看護	1回につき (1回あたり20分以上) ※1日に2回を超えて実施 する場合は、90/100	(294)	3,001円	301円	601円	901円	3,001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、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留意ください。

(2) 介護予防訪問看護の利用料

【基本部分(介護予防訪問看護ステーション)】

取扱要件	単位	基本利用料	利用者負担金				
			法定代理受領分			法定代理受領分以外	
			(1割)	(2割)	(3割)		
看護師が行う 訪問看護 (准看護師の 場合は90%)	20分未満 (週に1回以上。20分以上の 保健師又は看護師による訪 問を行った場合)	(303)	3,093円	310円	619円	928円	3,093円
	30分未満	(451)	4,604円	461円	921円	1,382円	4,604円
	30分以上1時間未満	(794)	8,106円	811円	1,622円	2,432円	8,106円
	1時間以上1時間30分未 満	(1,090)	11,128円	1,113円	2,226円	3,339円	11,128円
理学療法士 等が行う 訪問看護	1回につき (1回あたり20分以上) ※1日に2回を超えて実施す る場合は、90/100	(284)	2,899円	290円	580円	870円	2,899円

【加算・減算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算、または減算されます。

≪訪問看護及び介護予防訪問看護共通≫

加算・減算	単位	基本利用料	利用者負担金			
			法定代理受領分			法定代理受領分以外
			(1割)	(2割)	(3割)	
夜間早朝・深夜加算(1回につき)			夜間、早朝の場合上記基本利用料に25% 深夜の場合50%加算されます。			
複数名訪問加算 I (1回につき)	30分未満の場合 (254)	2,593円	260円	519円	778円	2,593円
	30分以上の場合 (402)	4,104円	411円	821円	1,232円	4,104円
複数名訪問加算 II (1回につき)	30分未満の場合 (201)	2,052円	206円	411円	616円	2,052円
	30分以上の場合 (317)	3,236円	324円	648円	971円	3,236円
1時間30分以上の(介護予防)訪問看護を行う場合 (1回につき)	(300)	3,063円	307円	613円	919円	3,063円
特別管理加算 I (1月につき)※	(500)	5,105円	511円	1,021円	1,532円	5,105円
特別管理加算 II (1月につき)※	(250)	2,552円	256円	511円	766円	2,552円
初回加算 I (1月につき)※退院した日	(350)	3,573円	358円	715円	1,072円	3,573円
初回加算 II (1月につき) ※退院した翌日～	(300)	3,063円	307円	613円	919円	3,063円
退院時共同指導加算(1回につき)	(600)	6,126円	613円	1,226円	1,838円	6,126円
口腔連携強化加算	(50)	510円	51円	102円	153円	510円
サービス提供体制強化加算 イ・ロ(I)	(6)	61円	7円	13円	19円	61円
サービス提供体制強化加算 イ・ロ(II)	(3)	30円	3円	6円	9円	30円
緊急時訪問看護加算 I	(600)	6,126円	613円	1,226円	1,838円	6,126円
緊急時訪問看護加算 II	(574)	5,860円	586円	1,172円	1,758円	5,860円
専門管理加算(緩和・褥瘡ケアなど)	(250)	2,552円	256円	511円	766円	2,552円
専門管理加算(特定行為修了看護師)						
事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービスを行う場合			所定単位数の10%が減算されます			
事業所と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物若しくは事業所を同一建物の利用者50人以上にサービスを行う場合			所定単位数の15%が減算されます			
高齢者虐待防止措置未実施減算			所定単位数の1%が減額されます			
業務継続計画未実施減算			所定単位数の1%が減額されます			
介護職員等処遇改善加算適用 (令和8年6月1日より適用)			総単位数(加算・減算を含む)の1.8%が加算されます			

≪訪問看護単独≫

加算・減算	単位	基本利用料	利用者負担金			
			法定代理受領分			法定代理受領分以外
			(1割)	(2割)	(3割)	
看護・介護職員連携強化加算	(250)	2,552円	256円	511円	766円	2,552円
看護体制強化加算(I)	(550)	5,615円	562円	1,123円	1,685円	5,615円
看護体制強化加算(II)	(200)	2,042円	205円	409円	613円	2,042円
サービス提供体制強化加算 ハ(I)	(50)	510円	51円	102円	153円	510円
サービス提供体制強化加算 ハ(II)	(25)	255円	26円	51円	77円	265円
ターミナルケア加算	(2500)	25,525円	2,553円	5,105円	7,658円	25,525円
遠隔死亡診断補助加算	(150)	1,531円	154円	307円	460円	1,531円

≪介護予防訪問看護単独≫

加算・減算	単位	基本利用料	利用者負担金			
			法定代理受領分			法定代理受領分以外
			(1割)	(2割)	(3割)	
看護体制強化加算	(100)	1,021円	103円	205円	307円	1,021円

(3)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。

事前連絡（訪問に出発するまで）	キャンセル料
あり	不要
なし	一律 1回500円

(4)保険外費用

交通費	片道距離 10km以上20km未満	100円
	片道距離 20Km以上	200円

(5)支払い方法

支払い方法については、以下の通りです。

- ① 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、サービスを利用した月の翌月の20日以降に請求書を発行します。その月の月末までにお支払いください。支払方法は口座振替を原則とし、毎月翌月の末日に銀行引き落としになります。
- ② 口座振替に要する手数料等の料金については、利用者のご負担とさせていただきます。
- ③ 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、翌月の利用料請求書に同封して発送いたします。

【請求書・明細書および領収書の送付先】

氏名	<input type="checkbox"/> 同契約書本人に同じ <input type="checkbox"/> 同契約書身元引受に同じ
住所	<input type="checkbox"/> 同契約書本人に同じ <input type="checkbox"/> 同契約書身元引受に同じ
電話番号	<input type="checkbox"/> 同契約書本人に同じ <input type="checkbox"/> 同契約書身元引受に同じ

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、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、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 (家族等)	氏名(利用者との続柄) 住所 電話番号	<input type="checkbox"/> 同契約書身元引受人に同じ

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

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	解決責任者：管理者 受付担当者：看護師、事務職員 電話番号：025-256-8212 面接場所：当事業所の面談室 受付時間：8:45～17:45(月曜日～金曜日)
---------	---

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新潟市介護保険課	電話番号 025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連合会	電話番号 025-285-3022

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。

- (1) 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
- (2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などをご遠慮いたします。
- (3) 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）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

【説明確認欄】

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者所在地	新潟市西区黒鳥2339番地1		
事業者(法人)名	医療法人社団	晴和会	
代表者職・氏名	理事長	廣川 雅晴	印
説明者職・氏名	_____		

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。

利用者	住所	_____
		<input type="checkbox"/> 同契約書に同じ
	氏名	_____
身元引受人	住所	_____
		<input type="checkbox"/> 同契約書に同じ
	氏名	_____
	本人との続柄	_____

(立会人)私は、(※利用者との続柄)として、この契約に立ち会いました。

立会人	住所	_____
		<input type="checkbox"/> 同契約書に同じ
	氏名	_____

【附 則】

この契約書別紙は2026年6月1日から実施します。