

# 訪問看護契約書別紙（兼重要事項説明書）

＜ 令和8年6月1日現在 ＞

## 1. 事業者（法人）の概要

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称  | 特定非営利活動法人ナースカンパニー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 主たる事務所の所在地  | 〒515-2523 三重県津市一志町井生1871番地                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 代表者（職名・氏名）  | 代表理事 河村 誠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 設立年月日       | 平成17年6月6日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 電話番号        | 059-295-3300                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 定款の目的に定めた事業 | <p>(1) 特定非営利活動に係る事業</p> <p>①介護保険法に基づく指定訪問看護事業</p> <p>②介護保険法に基づく指定居宅介護支援事業</p> <p>③在宅看護教室・在宅介護教室・ホームヘルパー研修・介護予防に関する研修等、地域の研修事業</p> <p>④必要な調査研究、開発、情報収集及び提供</p> <p>⑤障害者、高齢者及び難病等の患者の社会における権利と責任に関する啓発事業</p> <p>⑥会報発行</p> <p>⑦介護保険法に基づく指定介護予防訪問看護事業</p> <p>⑧障害福祉サービス事業の経営</p> <p>(2) その他の事業</p> <p>①広告・出版事業</p> <p>②バザーその他物品販売事業</p> |

## 2. ご利用事業所の概要

|            |                                     |
|------------|-------------------------------------|
| ご利用事業所の名称  | ナースカンパニー                            |
| サービスの種類    | 精神科訪問看護                             |
| 事業所の所在地    | 〒515-2524 三重県津市一志町大仰58番地            |
| 電話番号       | 059-269-5573                        |
| 事業所番号      | 2460590090                          |
| 管理者の氏名     | 藪内 紀子                               |
| 通常の事業の実施地域 | 津市、松阪市<br>※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。 |

## 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                             |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者が、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、健康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、利用者の状態の軽減や悪化の防止、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。)がそのお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. 営業日時

|      |                                                            |
|------|------------------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで<br>年末年始（12月29日から1月3日）は相談に応じて行います。<br>休業日：土・日祝祭日 |
| 営業時間 | 午前9時から午後6時まで                                               |

#### 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 | 理学療法士  | 常勤 0人、非常勤 1人 |
| 准看護師   | 常勤 3人、非常勤 0人 | 作業療法士  | 常勤 0人、非常勤 0人 |
| 保健師    | 常勤 0人、非常勤 0人 | 言語聴覚士  | 常勤 0人、非常勤 0人 |

#### 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

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。

|          |             |
|----------|-------------|
| 管理責任者の氏名 | 管 理 者 藪内 紀子 |
|----------|-------------|

## 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～3割の額です。ただし、健康保険の給付の範囲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。

### (1) 訪問看護の利用料

#### 【基本部分】

##### <精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）>

|            |        |        |
|------------|--------|--------|
| 看護師、理学療法士等 | 週3日目まで | 5,550円 |
|            | 週4日目以降 | 6,550円 |
| 准看護師       | 週3日目まで | 5,050円 |
|            | 週4日目以降 | 6,050円 |

##### <訪問看護管理療養費>

|       |        |
|-------|--------|
| 月の初日  | 7,710円 |
| 2日目以降 | 3,010円 |

##### <訪問看護物価対応料>

|       |     |
|-------|-----|
| 月の初日  | 60円 |
| 2日目以降 | 20円 |

##### <訪問看護情報提供療養費>

|     |        |
|-----|--------|
| 月1回 | 1,500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】

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されます。

| 加算の種類                 | 加算の要件                                                     |                            |
|-----------------------|-----------------------------------------------------------|----------------------------|
| 夜間・早朝<br>訪問看護加算       | 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                         | ２，１００円                     |
| 深夜訪問看護加算              | 深夜（２２時～翌朝６時）にサービス提供する場合                                   | ４，２００円                     |
| 複数名訪問看護               | 同時に複数の看護師等が１人の利用者に対して訪問看護を行った場合（１回につき）                    | 看護師等 ４，５００円<br>准看護師 ３，８００円 |
| 難病等複数回訪問<br>加算        | 特別な管理を必要とする利用者、特別訪問看護指示書が交付された利用者に対して１日に２回又は３回以上の訪問を行った場合 | １日２回 ４，５００円<br>１日３回 ８，０００円 |
| 長時間訪問看護加算             | 特別な管理を必要とする利用者に対して１時間３０分以上の訪問看護を行った場合                     | ５，２００円                     |
| 退院時共同指導加算             | 退院又は退所につき１回（特別な管理を必要とする者の場合２回）に限り                         | ６，０００円                     |
| ２４時間対応体制加算            | 利用者又は家族等からの電話に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある場合（利用者の同意が必要）  | ６，５２０円                     |
|                       | 上記に加えて２４時間対応体制における看護業務の負担軽減の取り込みを行っている場合                  | ６，８００円                     |
| 緊急訪問看護加算<br>（月１４日目まで） | 利用者又は家族からの緊急の求めで、必要に応じて緊急時訪問を行った場合（１回につき）                 | ２，６５０円                     |
| 緊急訪問看護加算<br>（月１５日目以降） |                                                           | ２，０００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）          | ５，０００円                     |
| 特別管理加算Ⅱ               |                                                           | ２，５００円                     |
| ターミナルケア加算１            | 在宅、特別養護老人ホーム等で亡くなった利用者の死亡日前１４日以内に２回以上ターミナルケアを行った場合        | ２５，０００円                    |
| ターミナルケア加算２            | 特別養護老人ホーム等以外で亡くなった利用者の死亡日前１４日以内に２回以上ターミナルケアを行った場合         | １０，０００円                    |

（注１）死後の処置を行った場合、保険適用外になりますので実費で２０，０００円をご負担いただきます。

|                 |                                |
|-----------------|--------------------------------|
|                 | 利用者またはその代理人は以下の加算をつけることに同意しますか |
| 24時間対応体制加算（月1回） | はい ・ いいえ                       |
| ターミナルケア加算       | はい ・ いいえ                       |
| 死後の処置代          | はい ・ いいえ                       |

## （２）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                  |
|---------------|-------------------------|
| 利用予定日の24時間前まで | 無料                      |
| 利用予定日の12時間前まで | 該当サービス利用総額（保険請求額）の10%の額 |
| 利用予定日の6時間前まで  | 該当サービス利用総額（保険請求額）の50%の額 |

## （３）支払い方法

上記（１）、（２）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に差し上げます。

| 支払い方法  | 支払い要件等                                                                                                        |
|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 銀行振り込み | 請求書到着後5日以内に、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。<br>百五銀行 松阪支店 普通口座 1040265                                                |
| 現金払い   | 請求書をお持ちしますので、現金でお支払いください。                                                                                     |
| 自動振替   | 利用者指定口座から自動振替をいたします。<br>・毎月26日振替（土日祝の場合は翌営業日）<br>※銀行との手続き完了後翌月より開始されます。<br>※通帳記帳の表示は「エスエムエス」と印字されますのでご了承ください。 |

## 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<br>(家族等) | 氏名（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 | 電話番号 | ０５９－２６９－５５７３ |
|         | 担当者  | 藪内 紀子        |

（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 | 津市健康福祉部 介護保険課<br>介護保険担当       | 電話番号 ０５９－２２９－３１４９ |
|        | 松阪市 健康ほけん部<br>介護保険課           | 電話番号 ０５９８－５３－４１９０ |
|        | 三重県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 苦情処理係 | 電話番号 ０５９－２２２－４１６５ |

## 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はお断りいたします。
- (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。
- (4) 処置に伴う物品等（オムツ代・処置器具及び物品など）はご利用者様でご準備ください。
- (5) 処置を行った際に出る廃棄物をご家庭で処理して頂きますようお願いいたします。
- (6) ご利用者様のお住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はご利用者様のご負担になります。

令和      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      住      所      三重県津市一志町井生1871番地  
事業者名      特定非営利活動法人ナースカンパニー  
事業所名      ナースカンパニー  
代表者      代表理事      河 村      誠      印  
管理者      藪 内      紀 子  
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。

利 用 者      住      所  
氏 名      印

署名代行者（又は法定代理人）  
住      所  
氏 名      印  
本人との続柄