

訪問看護サービスの契約内容
および
訪問看護サービスのご案内

大阪府指定 第 2760390175

医療法人 三家クリニック

みつや訪問看護ステーション

指定訪問看護重要事項説明書（医療保険・精神科）

2025/6 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	みつや訪問看護ステーション
所在地	大阪府寝屋川市八坂町 27-5
連絡先	（電話）072-812-6365 （FAX）072-829-2600
医療保険医療機関番号	2760390175

2. 法人の概要

法人種別	医療法人三家クリニック
代表者名	理事長 三家英明
所在地・電話	大阪府寝屋川市八坂町 29-1 電話：072-829-2500 / FAX：072-829-2600

3. 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

利用者が可能な限りその居宅においてその有する能力に応じた自立した日常生活を営めるよう療養生活を支援し、心身の機能回復を目指すことを目的とする。

(2) 運営方針

- ① 利用者の心身機能の維持向上を図る
- ② 利用者またはその家族に対する療養上の世話、指導又は説明を行なう。
- ③ 適切な看護技術の提供
- ④ 市町村・その他の事業所との連携に努める

4. 事業所の職員体制

管理者（看護師）：1名、看護職員：10名、作業療法士：5名

5. サービスの内容

(1) 支援内容

病状把握と健康上の相談
身体的健康相談、チェック、適宜処置
心のケア・専属スタッフによるカウンセリング
薬についての相談、作用や副作用チェック、飲み方についての相談
病気や障害、お薬についての心理教育
日常生活相談支援
外出支援
生活の幅を広げる支援
社会参加支援(就学、就労支援)
子育て、家庭支援 等

(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。)

(3) サービス提供にあたっては、マイナンバーによる登録または医療保険証や医療受給者証を確認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、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。

6. 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：足立 真紀

連絡先：みつや訪問看護ステーション 連絡先電話：090-2046-6647

7. サービス提供時間

営業日：月～金 ※土曜日に関しましては担当スタッフへお尋ねください

休 日：日・祝日
 営業時間：月～金 午前9時～午後5時まで
 お盆・年末年始、祝日に関しては三家クリニックの休日に準ずる。

8. 利用料金

(1) 医療保険の適用を受けるサービスの料金（精神科）（単位：円/回）

項目				利用料	自己負担の目安				
					1 割	2 割	3 割		
精神科訪問看護基本療養費	精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	保健師看護師 作業療法士		週 3 日目まで 30 分以上	5,550	555	1,110	1,665	
				週 3 日目まで 30 分未満	4,250	425	850	1,275	
				週 4 日目以降 30 分以上	6,550	655	1,310	1,965	
				週 4 日目以降 30 分未満	5,100	510	1,020	1,530	
		准看護師		週 3 日目まで 30 分以上	5,050	505	1,010	1,515	
				週 3 日目まで 30 分未満	3,870	387	774	1,161	
				週 4 日目以降 30 分以上	6,050	605	1,210	1,815	
				週 4 日目以降 30 分未満	4,720	472	944	1,416	
	精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ） （同一建物居住者で同一日複数者）	同一日 2 人	保健師看護師作業療法士		週 3 日目まで 30 分以上	5,550	555	1,110	1,665
					週 3 日目まで 30 分未満	4,250	425	850	1,275
					週 4 日目以降 30 分以上	6,550	655	1,310	1,965
					週 4 日目以降 30 分未満	5,100	510	1,020	1,530
			准看護師		週 3 日目まで 30 分以上	5,050	505	1,010	1,515
					週 3 日目まで 30 分未満	3,870	387	774	1,161
					週 4 日目以降 30 分以上	6,050	605	1,210	1,815
					週 4 日目以降 30 分未満	4,720	472	944	1,416
		同一日 3 人以上	保健師看護師作業療法士		週 3 日目まで 30 分以上	2,780	278	556	834
					週 3 日目まで 30 分未満	2,130	213	426	639
					週 4 日目以降 30 分以上	3,280	328	656	984
					週 4 日目以降 30 分未満	2,550	255	510	765
			准看護師		週 3 日目まで 30 分以上	2,530	253	506	759
					週 3 日目まで 30 分未満	1,940	194	388	582

			週 4 日目以降 30 分以上	3,030	303	606	909
			週 4 日目以降 30 分未満	2,360	236	472	708

複数名精神科訪問看護加算	他の看護師・保健師・作業療法士と同行	1 日 1 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
		1 日 2 回	同一建物内 1 人又は 2 人	9,000	900	1,800	2,700
			同一建物内 3 人以上	8,100	810	1,620	2,430
		1 日 3 回以上	同一建物内 1 人又は 2 人	14,500	1450	2,900	4,350
			同一建物内 3 人以上	13,000	1300	2,600	3,900
	他の准看護師と同行	1 日 1 回	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
		1 日 2 回	同一建物内 1 人又は 2 人	7,600	760	1,520	2,280
			同一建物内 3 人以上	6,800	680	1,360	2,040
		1 日 3 回以上	同一建物内 1 人又は 2 人	12,400	1240	2,480	3,720
			同一建物内 3 人以上	11,200	1120	2,240	3,360

管理療養費	月の初日			7,670	767	1,534	2,301
	2 日目以降			3,000	300	600	900

情報提供療養費（月 1 回）				1,500	150	300	450
訪問看護ベースアップ加算				780	780	780	780

（２）利用料の請求および支払方法について

利用料、その他の費用はサービス提供者ごとに計算し、訪問月ごとの合計金額により請求いたします。現金と引き換えに領収書をお渡しいたします。

9. 看護職員の禁止行為

(1) サービス提供の際次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 身体拘束、その他利用者の行動を制限する行為（利用者又は第三者等生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）

- ③ 利用者の同居家族に対するサービスの提供
- ④ その他利用者又は家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為。

10. 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(別紙添付)。

11. 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。

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】 みつや訪問看護ステーション	所在地：大阪府寝屋川市八坂町 27-5 電話番号：072-812-6365 FAX 番号：072-829-2600 受付時間：9：00～17：00（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 F Nビル 電話番号：06-6949-5418 受付時間：9：00～17：00（月曜日～金曜日）
【寝屋川の窓口】 寝屋川市役所 保健福祉部 高齢介護室	所在地：大阪府寝屋川市池田西町 24-5 電話番号：072-824-1181（代表） 受付時間：9：00～17：30（月曜日～金曜日）

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者・看護師 足立 真紀
-------------	---------------

- (2) 虐待防止のための委員会を開催し、その結果について従業者に周知徹底を行ない

ます。

- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（利用者の家族等を現に擁護する者）により虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。
- (6) 成年後見制度の利用を支援します。

12. 感染症・災害発生時の業務継続計画について

事業者は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するために、次に上げるとおり必要な措置を講じます。

- 感染症・災害対策マニュアルの策定、定期的な見直しを行ないます。
- 業務継続に向けた計画（BCP・業務継続計画）の策定、定期的な見直しを行います。
- 感染症・災害発生時の研修と訓練（シュミレーション）を実施しています。

13. ハラスメント行為について

利用者又は家族から以下のような行為があり、ハラスメントと該当するとみなされる場合は契約を解除致します。

- 身体暴力又は乱暴な言動、無理な要求（物を投げつける、刃物を向ける、蹴られる等）
- セクシャルハラスメント（体を触る、手を握る、性的な卑猥な言動 等）
- 精神的な暴力行為（怒鳴る、特定の職員に嫌がらせをする 等）
- その他（個人の携帯番号を聞く、ストーカー行為 等）

12. 個人情報の取り扱い基準の遵守について

- (1) 看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いたしません。
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。
- (4) この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

年 月 日

訪問看護 利用契約書

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> 大阪府寝屋川市八坂町 27-5

<法人名> 医療法人三家クリニック

<代表者> 足立 真紀 印

<事業所名> みつや訪問看護ステーション

<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、これみつや訪問看護ステーション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。

【緊急時・事故発生時の連絡先】

医療機関等	名称： 電話番号：
関係機関等	名称： 電話番号：
家族(キーパーソン)	氏名： 続柄： 住所： 電話番号：