

精神科訪問看護

契約書別紙（兼重要事項説明書）①医療保険

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 高田西城会
主たる事務所の所在地	〒943-0834 上越市西城町2丁目8番30号
代表者（職名・氏名）	理事長 川室 優
設立年月日	昭和27年8月20日
電話番号	025-523-2139

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション キャッスル高田	
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	〒943-0834 上越市西城町2丁目8番30号	
電話番号	025-523-2158	
指定年月日・事業所番号	平成28年2月1日指定	1560390120
管理者の氏名	五十嵐 正則	
通常の事業の実施地域	旧上越市、上越市（牧区、三和区、清里区、板倉区）	

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	月曜日から土曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月31日から1月3日）及び第2第4土曜日を除きます。
営業時間	午前9時から午後5時まで、土曜日は午前9時から12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 8人	理学療法士	
准看護師		作業療法士	
保健師		精神保健福祉士	
事務職員	常勤 1人		

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：)
管理責任者の氏名	管理者 五十嵐 正則

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（一定以上の所得のある方は2割または3割（平成27年8月から））です。

（1）精神科訪問看護の利用料

精神科訪問看護の利用料

料金区分	金額		1割負担	2割負担	3割負担	
基本利用料	1日目 基本療養費Ⅰ	5,550円+管理療養費7,710円	13,290円	1,326円	2,658円	3,987円
	2日目以降 基本療養費Ⅰ	5,550円+管理療養費3,010円	8,560円	856円	1,712円	2,568円
	週の4日目以降（難病、ターミナル状態、特別管理加算対象者）	6,550円+3,010円	9,560円	956円	1,912円	2,868円
	情報提供料	1,500円	1,500円	150円	300円	450円
	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	1,830円	1,830円	183円	366円	549円
加算利用料	訪問看護物価対応料Ⅰ 1日目	60円	60円	6円	12円	18円
	訪問看護物価対応料Ⅰ 2日目以降	20円	20円	2円	4円	6円
	特別管理加算Ⅰ	5,000円	5,000円	500円	1,000円	1,500円
	特別管理加算Ⅱ	2,500円	2,500円	250円	500円	750円
	夜間・早朝訪問看護加算	2,100円	2,100円	210円	420円	630円
	深夜訪問看護加算	4,200円	4,200円	420円	840円	1,260円
	長時間訪問看護加算	5,200円	5,200円	520円	1,040円	1,560円
	退院時共同指導加算	8,000円	8,000円	800円	1,600円	2,400円
	退院支援指導加算	6,000円	6,000円	600円	1,200円	1,800円
	在宅患者連携指導加算	3,000円	3,000円	300円	600円	900円
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2,000円	2,000円	200円	400円	600円
	難病等複数回訪問加算（末期の悪性腫瘍、難病、人工呼吸器使用等）					
	1日に2回の訪問	4,500円	4,500円	450円	900円	1,350円
	1日に3回以上の訪問	8,000円	8,000円	800円	1,600円	2,400円
	複数名訪問看護加算（看護師+看護師又は作業療法士）	4,500円	4,500円	450円	900円	1,350円
	複数名訪問看護加算（看護師+准看護師）	3,800円	3,800円	380円	760円	1,140円
	複数名訪問看護加算（看護師+精神保健福祉士）	3,000円	3,000円	300円	600円	900円
訪問看護ターミナルケア療養費（在宅で終末期の看護を行った場合、24時間以内に医療機関でなくなった場合も含む）	25,000円	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円	
外泊者（入院中1回）	基本療養費Ⅲあるいは精神科訪問看護基本療養費Ⅳを算定 （厚労大臣の定める疾病は2回まで）	8,500円	8,500円	850円	1,700円	2,550円

【加算】

上記の加算利用料の要件を満たす場合、上記の基本部分に料金が加算されます。

※医療保険の自己負担額は、1ヶ月の総医療費（各費用の合算額）に対して負担割合を乗じ、10円未満を四捨五入して計算します。そのため、本表の金額を単純に合算した額と、実際の請求金額が異なる場合があります。

対象者、内容		金額	負担額
公費受給者	生活保護受給者	基本利用料、加算利用料負担なし	
	特定疾患受給者証をお持ちの方	上限管理表で病院・薬局の支払いと合わせて管理	
自立支援医療受給者	基本利用料、加算利用料の負担は1割	原則1割、上限管理表で病院・薬局の支払いと合わせて管理	
同一建物居住者 居住系施設入所者 特別養護老人ホーム 経費老人ホーム 有料老人ホーム 等に入所している方	精神科訪問看護基本療養費Ⅲを算定	同1日2人まで(30分以上)	
		1日目(5,550円+7,710円)	1,326円
		2日目(5,550円+3,010円)	856円
		週の4日目以降(6,550円+3,010円)	956円
		同1日2人まで(30分未満)	
		1日目(4,250円+7,710円)	1,196円
		2日目(4,250円+3,010円)	726円
		週の4日目以降(5,100円+3,010円)	811円
		同1日3人まで(30分以上)	
		1日目(2,780円+7,710円)	1,049円
		2日目(2,780円+3,010円)	579円
		週の4日目以降(3,280円+3,010円)	629円
		同1日3人まで(30分未満)	
		1日目(2,130円+7,710円)	984円
		2日目(2,130円+3,010円)	514円
		週の4日目以降(2,550円+3,010円)	556円
			情報提供料

(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、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。

(2) キャンセル料

キャンセル料は頂きませんが、サービス利用日の変更や利用キャンセルの場合は、お手数ですが事前にご連絡ください。

電話番号：025-523-2158 (直通)

(3) 支払い方法

上記(1)から(3)までの利用料(利用者負担分の金額)は、サービスをご利用された際に、現金でのお支払い。その場で領収書の発行となります。

1ヶ月ごとにまとめて請求の場合は、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、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
引き落とし	サービスを利用した月の翌月28日(祝休日の場合は翌日)に指定の口座より引き落とさせていただきます。
振り込み口座	サービスを利用した月の翌月の25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。 第四北越銀行 高田中央支店 普通口座 449731 (医) 高田西城会 訪問看護ステーション キャッスル高田 五十嵐正則
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25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	高田西城病院
	氏名	
	所在地	上越市西城町2丁目8-30
	電話番号	025 - 523 - 2139
緊急連絡先 (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、当事業所下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号	025-523-2158
	面接場所	当事業所の相談室

(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	上越市高齢者支援課	電話番号 025-526-5111
	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、あらかじめご了承ください。
 - ・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。

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 所在地 新潟県上越市西城町2丁目8番30号
事業者（法人）名 医療法人 高田西城会
代表者職・氏名 理事長 川室 優 印
説明者職・氏名 管理者 五十嵐 正則 印

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
本人との続柄
氏名 印

立会人 住所
氏名 印