

重要事項説明書

(訪問看護)

(介護予防訪問看護)

利用者： _____ 様

事業者： グッドライフ株式会社

事業所： のどか訪問看護ステーション清須

1 のどか訪問看護ステーション清須の概要

(1) 提供できるサービスの地域

事業所名称	訪問看護「のどか訪問看護ステーション清須」
所在地	愛知県清須市土器野 480-1 グラン・アルファ 106 号室
指定番号	訪問看護 (2367390198)
法人種別	株式会社
管理者	森 恵美子
電話番号	TEL 052-325-3290 FAX 052-325-3291
サービスを提供する地域	北名古屋、岩倉市、小牧市、一宮市、清須市、稲沢市、あま市、名古屋市西区

* 上記以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 職員体制 (令和 7 年 4 月 1 日現在)

職 種	資 格	常勤	非常勤	備 考
管理者	看護師	1 名	—	看護職員と兼務
看護職員	看護師	2 名以上	1 名以上	常勤兼務 1 名は管理者兼務
	准看護師	1 名以上		その他、訪問介護員兼務

2 事業の運営方針

- (1) 老人などの心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活活動の維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が維持出来るよう支援します。
- (2) 事業の実施にあたっては、保健所、市町村及び医療機関などの関係機関などの関係機関ならびに保健・医療・福祉の関係職種等と密接な連携をはかります。
- (3) 質の良い訪問看護サービスを提供するため訪問看護従事職員の研修を持続的に行い、資質の向上を図ります。

3 営業日・時間

(1) 営業日・時間

営業日	月曜～日曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
休日	年中無休

(2) サービス提供時間

●営業日・営業時間帯に関わらず、24 時間体制を取っておりますので、緊急時など時間外でも訪問いたします。ただし、時間外の場合は利用料が異なります。(利用料金については、次ページを参照して下さい。)

時間帯については、下記を参照して下さい。

- ・ 早朝時間帯・・・午前 6 時～午前 8 時
- ・ 夜間帯・・・午後 6 時～午後 10 時
- ・ 深夜時間帯・・・午後 10 時～午前 6 時

4 サービス提供内容

① 看護介助行為（利用者に対して）

- ・ バイタルサインチェック（血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定など）
- ・ 身体の保清（清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など）
- ・ 療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導）

② 医療的処置行為

- ・ 在宅酸素療法管理ケア
- ・ 在宅人工呼吸器管理ケア
- ・ 創傷及び褥瘡処置
- ・ 人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・ 経鼻・胃瘻チューブ管理ケア
- ・ 喀痰の吸引・管理
- ・ 点滴
- ・ 排泄管理ケア（浣腸・摘便）

③ リハビリ援助行為

- ・ 呼吸リハビリ
- ・ 拘縮予防・歩行訓練
- ・ 言語・嚥下訓練（言語障害・失語症・嚥下障害など）
- ・ 認知予防指導（趣味の活用・遊びリハビリテーションなど）

④ 介護者に対して

- ・ 介護の方法指導・介護福祉などの社会資源の紹介
- ・ 褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導（介護の工夫・方法など）
- ・ 室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する対応方法など
- ・ 介護者の健康相談・助言

5 利用料金

（1） 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合の利用者様の自己負担額は、原則として介護保険割合証の負担割合額です（非課税）。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額利用者様の自己負担となります（非課税）。

また、介護保険適用の場合であっても、介護保険の給付金が保険者から当社に支払われない事由（介護保険料の滞納等）があるときは、利用者一旦利用料金の全額をお支払いいただきます。その際には当社から領収証とサービス提供証明書を発行いたします。後日、介護保険の給付金が支給される要件が整った場合は、領収証とサービス提供証明書を利用者が所在する市区町村の介護保険担当窓口に提出しますと、本来の利用者自己負担額を除いた利用料金の払戻しを受けることができます。

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表①）の介護保険割合証の割合額です。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

のどか訪問看護ステーション清須 料金表

令和 7 年 4 月 1 日現在

〈介護保険適用〉

	算定項目	単位数	自己負担額
基本 利用 料	20 分未満	314	受給者証負担割 合による
	30 分未満	471	
	30 分以上 1 時間未満	823	
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	1,128	
	理学療法士・作業療法士又は言 語聴覚士の場合	294	
加 算	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)600 / (Ⅱ)574	受給者証負担割 合による
	特別管理加算(Ⅰ)	500	
	特別管理加算(Ⅱ)	250	
	ターミナルケア加算	2500	
	初回加算(Ⅰ)(Ⅱ)	(Ⅰ)350 / (Ⅱ)300	
	退院時共同指導加算	600	
	看護・介護職連携加算	250	
	複数名訪問看護加算(Ⅰ)	30分未満 254単位 ／1回	受給者証負担割 合による
		30分以上 402単位 ／1回	
	複数名訪問看護加算(Ⅱ)		
	長時間訪問看護加算	90分以上 300単位 ／1回	
	夜間・早朝加算	25%増し	
	深夜加算	50%増し	
そ の 他	交通費(但し、通常のサービス 提供地域内は無料)	公共交通機関	実費
		タクシー	実費相当
		自動車	実施地域を超えた 地点から、片道1 キロメートル未満 500 円

			実施地域を超えた地点から、片道3キロメートル毎に1000円
	死後の処置		20,000円
	キャンセル料		3,000円

<医療保険適用>

	算定項目	算定費用	自己負担額
	訪問看護基本療養費(Ⅰ)	週3日まで：5,550円 週4日目以降：6,550円	受給者証負担割合による
	訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に2人	週3日まで：5,550円 週4日以降：6,550円	
	訪問看護基本療養費(Ⅱ) 同一日に3人以上	週3日まで：2,780円 週4日目以降：3,280円	
	訪問看護管理療養費	1日目：7,400円 2日目以降：2,980円	
加 算	難病複数回訪問加算	2回/日：4500円 3回/日：8,000円	
	24時間連絡対応体制加算	6,400円(1回/1月)	
	緊急時訪問看護加算	2,650円(1回/1日)	
	特別管理加算1	5,000円(1回/1月)	
	特別管理加算2	2,500円(1回/1月)	
	長時間訪問看護加算	5,200円(1回/週)	
	複数名訪問看護加算	4,500円(1回/週)	
	ターミナルケア療養費	25,000円	
	夜間・早朝訪問看護加算	2,100円(1回)	
	深夜訪問看護加算	4,200円(1回)	
	退院時共同指導	8,000円	
	訪問看護情報提供療養費	1,500円(1回/1月)	
	特別管理指導加算	2,000円	
その 他	訪問看護が90分を越えた場合 (加算を算定できない場合)		3,000円 (30分ごと)
	休日加算 (12/30・31 1/1・2・3)		3,000円

※精神訪問看護は、別紙にて記載

注 介護保険法では金額ではなく、単位数での計算となりますので、この料金表を基に計算した金額と実際の請求額とは若干異なります。

注 法律改正に伴う介護給付費（介護報酬）の改定があった場合は、料金体系は、改定された介護給付費に準拠するものとします。

- * 介護保険利用の場合、1 単位が 10.42 となります。
- * 介護保険利用の場合は、基本料金に対して、早朝（午前 6 時～午前 8 時）・夜間（午後 6 時～午後 10 時）帯は 25%増し、深夜（午後 10 時～午前 8 時）は、50%増しとなります。
- * 上表の料金設定と基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

（2） 料金のお支払い方法

翌月 10 日前後に前月分の請求書を発行致しますので、口座振替もしくは現金にてお支払い下さい。お支払いいただきますと領収書を発行いたします。

（3） 償還払いについて

保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合はサービス提供料金を全額支払して頂きます。当事業所からの領収書を、後日市町村の窓口へ提出すれば払い戻しを受けられます。

6 交通費

通常の実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を越えた地点から自宅までの交通費の実費を請求させていただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を請求させていただきます。

- ① 実施地域を越えた地点から、片道 1 キロメートル未満 500 円
- ② 実施地域を超えた時点から、片道 3 キロメートル毎に 1000 円

7 キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。（連絡先：052-325-3290）

当日キャンセルの場合は、3,000 円お支払いいただきます。

※緊急な入院などの事情についてはキャンセル料は頂きません。

8 サービスの利用方法

（1） サービスの利用方法

まずはお電話でお申し込み下さい。当ステーションの職員がお伺いたします。

訪問看護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

*居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

（2） サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 1 週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情によりサービスを終了させて頂く場合がございます。
その場合は、終了 1 ヶ月前までに文章で通知いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービスを終了いたします。

● 利用者が介護保健施設に入所した場合

● 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された時

＊この場合は、条件を変更して再度契約をする事が出来ます。

● 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

● 当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合や利用者・家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当ステーションが破産した場合、利用者は文書での解約を通知する事によって即座にサービスを終了する事が出来ます。

● 利用者が、サービス使用料金の支払いを 3 ヶ月以上延滞し、料金を支払うよう勧告したにもかかわらず 10 日以内に支払わない場合、または利用者や家族などが当ステーションや当ステーションのサービス従業者に対して本契約書を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座にサービスを終了させて頂く場合がございます。

9 事故発生時・緊急時の対応方法

サービスの提供中に万が一事故が発生したり、様態の変化などがあった場合は、その状況により主治医・救急隊・親族・居宅支援事業所等に連絡します。

10 損害賠償

事業者は、利用者に対する訪問看護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し利用者や利用者の家族に生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

但し、利用者や利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずる事が出来ます。

11 苦情申立窓口

ご利用者ご相談窓口

のどか訪問看護ステーション清須

担当： 森 恵美子 電話：052-325-3290

外部苦情処理相談窓口

愛知県国民健康保険団体連合会	介護サービス苦情相談窓口	(052) 971-4165
愛知県社会福祉協議会	運営適正化委員会	(052) 202-0167

各市町村

清須市役所	高齢福祉課	(052) 400-2911
-------	-------	----------------

12 提供するサービスの第三者評価の実施状況

無し

【別紙1】

精神科訪問看護利用料金表
(医療保険)

《基本料金》

項目						費用総額	自己負担割合				
							1割	2割	3割		
精神科 訪問看護 基本療養費 (/回)	(Ⅰ)	看護師等による訪問		3日目まで/週	30分以上	5,550円	555円	1,110円	1,665円		
					30分未満	4,250円	425円	850円	1,275円		
				4日以降/週	30分以上	6,550円	655円	1,310円	1,965円		
					30分未満	5,100円	510円	1,020円	1,530円		
		准看護師による訪問		3日目まで/週	30分以上	5,050円	505円	1,010円	1,515円		
					30分未満	3,870円	387円	774円	1,161円		
				4日以降/週	30分以上	6,050円	605円	1,210円	1,815円		
					30分未満	4,720円	472円	944円	1,416円		
	(Ⅲ)	同一建物への 訪問	看護師等2人 /同一日	3日目まで/週	30分以上	5,550円	555円	1,110円	1,665円		
					30分未満	4,250円	425円	850円	1,275円		
				4日以降/週	30分以上	6,550円	655円	1,310円	1,965円		
					30分未満	5,100円	510円	1,020円	1,530円		
			看護師等3人以上 /同一日	3日目まで/週	30分以上	2,780円	278円	556円	834円		
					30分未満	2,130円	213円	426円	639円		
				4日以降/週	30分以上	3,280円	328円	656円	984円		
					30分未満	2,550円	255円	510円	765円		
			准看護師2人 /同一日	3日目まで/週	30分以上	5,050円	505円	1,010円	1,515円		
					30分未満	3,870円	387円	774円	1,161円		
				4日以降/週	30分以上	6,050円	605円	1,210円	1,815円		
					30分未満	4,720円	472円	944円	1,416円		
			准看護師3人以上 /同一日	3日目まで/週	30分以上	2,530円	253円	506円	759円		
					30分未満	1,940円	194円	388円	582円		
				4日以降/週	30分以上	3,030円	303円	606円	909円		
					30分未満	2,360円	236円	472円	708円		
			(Ⅳ)	入院中の外泊時の訪問					8,500円	850円	1,700円
訪問看護 管理療養費 (/回)			月の 初 回日	機能強化型(Ⅰ)				12,400円	1,240円	2,480円	3,720円
				機能強化型(Ⅱ)				9,400円	940円	1,880円	2,820円
				機能強化型(Ⅲ)				8,400円	840円	1,680円	2,520円
	(Ⅰ)～(Ⅲ)以外				7,440円	744円	1,488円	2,232円			
	2回目以降					3,000円	300円	600円	900円		

《任意項目》

訪問看護情報提供療養費（Ⅰ）（/月）	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護情報提供療養費（Ⅱ）（/月）	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護情報提供療養費（Ⅲ）（/月）	1,500円	150円	300円	450円
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅰ	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅱ	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円

《加算料金》

加 算 名			費用総額	自己負担割合		
				1割	2割	3割
24時間対応体制加算（/月）			6,400円	640円	1,280円	1,920円
精神科緊急訪問看護加算（/日1回）			2,650円	265円	530円	795円
特別管理加算Ⅰ（/月）			5,000円	500円	1,000円	1,500円
特別管理加算Ⅱ（/月）			2,500円	250円	500円	750円
退院時共同指導加算			8,000円	800円	1,600円	2,400円
特別管理指導加算			2,000円	200円	400円	600円
退院支援指導加算			6,000円	600円	1,200円	1,800円
夜間・早朝訪問看護加算（/回）			2,100円	210円	420円	630円
深夜訪問看護加算（/回）			4,200円	420円	840円	1,260円
精神科複数名訪問看護加算（/週）	看護職員 + 看護師等	1回/日	4,500円	450円	900円	1,350円
		2回/日	9,000円	900円	1,800円	2,700円
		3回以上/日	14,500円	1,450円	2,900円	4,350円
	看護職員 + 准看護師	1回/日	3,800円	380円	760円	1,140円
		2回/日	7,600円	760円	1,520円	2,280円
		3回以上/日	12,400円	1,240円	2,480円	3,720円
	看護職員+看護補助者又は精神保健福祉士（/週）		3,000円	300円	600円	900円
精神科難病等複数回訪問加算	2回/日	4,500円	450円	900円	1,350円	
	3回以上/日	8,000円	800円	1,600円	2,400円	
精神科長時間訪問看護加算（/週）			5,200円	520円	1,040円	1,560円
在宅患者連携指導加算（/月）			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（/月）			2,000円	200円	400円	600円
看護・介護職員連携強化加算（/月）			2,500円	250円	500円	750円
精神科重症患者支援管理連携加算（/月）	（イ）	8,400円	840円	1,680円	2,520円	
	（ロ）	5,800円	580円	1,160円	1,740円	

エンゼルケア（死後の処置）	20,000 円（税込）
---------------	--------------

《保険外適用料金》 ※サービス提供に必要な居宅で使用する電気、ガス、水道の費用は利用者の別途負担となります。

※衛生材料は実費を負担願います。

令和 年 月 日

【利用者】

私は、事業者から重要事項説明書に基づいて、訪問看護・介護予防訪問看護に関するサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

【利用者】

住所 _____

氏名 _____ 印

【署名代理人】 私は、利用者本人の意思を確認したうえ、上記署名代行しました。

住所 _____

氏名 _____ 印

【ご家族代表】

住所 _____

氏名 _____ 印

【事業者】

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護・介護予防訪問看護に関するサービス内容及び重要事項の説明を致しました。

【事業者】

所在地 愛知県名古屋市西区名西二丁目38番29号311号室

名称 グッドライフ株式会社

代表取締役 長岡 剛 印

【事業所】

所在地 愛知県清須市土器野 480-1 グラン・アルファ 106 号室

名称 訪問看護・介護予防訪問看護 「のどか訪問看護ステーション清須」

電話 TEL 052-325-3290

説明者 _____ 印

