

重要事項説明書

訪問看護ステーションサワ

訪問看護重要事項説明書

令和7年7月1日現在

当事業所はご契約者に対して指定訪問看護及び介護予防訪問看護サービスを提供します。提供するに当たり、当事業所の概要や事業内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者概要

事業者の名称	株式会社シオン
主たる事務所の所在地	愛知県日進市藤塚一丁目 130 番地
代表者名	鵜飼 洋臣
電話番号/FAX 番号	TEL 0561-72-5029

2. 事業所の名称

事業所の名称	訪問看護ステーションサワ
指定番号	2364990073
所在地	愛知県日進市赤池町箕ノ手 2-1277
電話番号	TEL 052-807-7838 FAX 052-807-7839
通常の事業の実施地域	名古屋市全域、日進市、東郷町、三好市、長久手市、尾張旭市、豊田市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	訪問看護ステーションサワ(以下「事業所」という。)が行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め事業所の看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護職員等」という。)が、要支援・要介護状態であり、主治の医師が必要と認めた者に対し適正な事業の提供を目的とします。
運営方針	指定訪問看護の提供に当たって、事業所の看護師等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、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できるよう支援します。 指定介護予防訪問看護の提供に当たって、事業所の看護職員等は、

	<p>要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。</p> <p>事業の実施に当たっては関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的な提供に努めるものとします。</p>
--	---

4. 職員の職種、員数及び職務内容

職種	資格	常勤換算	備考
管理者	経験のある看護師	1名以上	
看護職員	看護師	7名以上	
	准看護師	0～1名以上	
理学療法士		1名以上	

管理者：事業所の従事者の管理及び事業の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに自らも事業の提供をします。

看護職員等：看護師は訪問看護計画書及び訪問看護報告書(介護予防訪問看護計画書及び訪問看護報告書を含む。)を作成し、事業の提供をします。

営業日	月曜日～金曜日(但し、12月29日から1月3日、事業所の定める日を除く。)
営業時間	午前9時～午後18時

営業時間外は、電話による24時間連絡が可能な体制をとっています。

6. 事業内容

- 1) 病状の観察
- 2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- 3) 食事及び排泄等日常生活の世話
- 4) 床ずれの予防・処置
- 5) リハビリテーション
- 6) ターミナルケア
- 7) 認知症患者の看護
- 8) 療養生活や介護方法の指導
- 9) カテーテル等の管理
- 10) その他医師の指示による医療措置

7. 利用料等

- 1) 事業を提供した場合の利用料の額等は、(介護保険・医療保険ともに)厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスである時には、その 1 割(医療保険の場合は、各利用者の負担割合)の額とします。
(但し、介護保険の給付範囲を超えた事業、個人契約による事業については全額自己負担)基本料の詳細については以下のとおり。

訪問看護 医療保険利用料金 (令和 6 年度診療報酬改定)

医療保険による訪問看護サービスをご利用の場合は、自己負担額は医療保険負担割合証に準じます。

基本料金		利用料 (円)	
訪問看護基本療養費 (I) (1日1回につき)	週3回まで	(正看護師)	5,550
		(准看護師)	5,050
	週4日目以降	(正看護師)	6,550
		(准看護師)	6,050
緩和、褥瘡、ストマケア専門看護師の訪問 (管理療養費なし)		12,850	
同一建物内の複数 (3人以上) の利用者に同一日に訪問した場合			
訪問看護基本療養費 (II) 同一建物居住者 (1日1回につき)	週3回まで	(正看護師)	2,780
		(准看護師)	2,530
	週4日目以降	(正看護師)	3,280
		(准看護師)	3,030
緩和、褥瘡、ストマケア専門看護師の訪問 (管理療養費なし)		12,850	
在宅療養に備えた外泊時 (入院中に1回、厚生労働大臣が定める疾病等は入院中2回)			
訪問看護基本療養費 (III)			8,500
訪問看護管理療養費	月の初日		7,670
	月の2日目以降 (1日につき)		3,000
			2,500

その他の加算		利用料 (円)	
難病等複数回数 訪問看護加算	1日2回訪問	同一建物内1人又は2人	4,500
		同一建物内3人以上	4,000
	1日3回以上訪問	同一建物内1人又は2人	8,000
		同一建物内3人以上	7,200

緊急時訪問看護加算	1日につき1回		2,650	
長時間訪問看護加算	特別管理・特別指示のある方は週1日まで 15歳未満の(準)超重症児等対象者は週3日まで		5,200	
乳幼児・乳児加算	1日毎 乳幼児(3歳未満)、幼児(6歳未満)		1,300	
複数名訪問看護加算	看護師同士 (週1回を限度)	同一建物内1人又は2人	4,500	
		同一建物内3人以上	4,000	
	看護師と准看護師 (週1回を限度)	同一建物内1人又は2人	3,800	
		同一建物内3人以上	3,400	
	看護師と看護補助者 (週3回を限度)	同一建物内1人又は2人	3,000	
		同一建物内3人以上	2,700	
	看護師と看護補助(別に厚生労働大臣が定める場合)			
	1日に1回の場合	同一建物内1人又は2人	3,000	
		同一建物内3人以上	2,700	
	1日に2回の場合	同一建物内1人又は2人	6,000	
同一建物内3人以上		5,400		
1日に3回の場合	同一建物内1人又は2人	10,000		
	同一建物内3人以上	9,000		
早朝・夜間 訪問看護加算	6時～8時、18時～22時		2,100	
深夜訪問看護加算	22時～6時		4,200	
24時間対応体制加算	月1回		6,800	
特別管理加算 (月1回)	在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態にある方		5,000	
	上記以外の厚生労働省が定める状態(在宅酸素、人工肛門など)		2,500	
退院時共同指導加算	1回につき(末期の悪性腫瘍の場合 2回算定可)		8,000	
特別管理指導加算	特別管理対象者は、退院時共同指導加算に加え、1回につき		2,000	
退院支援指導加算	医療器具使用者等に退院日、在宅で必要な指導を行った場合		6,000	
在宅患者連携指導加算	指導等を行い、内容や注意点を他職種に情報提供した場合		3,000	
在宅患者緊急時等 カンファレンス加算	状態急変時に伴い、医師の求めにより医師や他職種と看護師が共同で利用者宅にてカンファレンスにて必要な指導を行った場合		2,000	
ターミナルケア療養費	ターミナルケアを行い、自宅等での看取りを行った場合		25,000	
ベースアップ評価料	月に1回限り	(I)	780	
		(II)	10～500	

訪問看護 介護保険利用料金（令和6年度介護報酬改定）

介護保険による訪問看護サービスをご利用の場合は、自己負担額は介護保険負担割合証に準じます。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担になります。

サービス内容	基本料金	地域区分
訪問看護 所要時間	(単位)	(円)
訪看 I 1 (20分未満)	314	10.42
訪看 I 2 (30分未満)	471	10.42
訪看 I 3 (30分以上 60分未満)	823	10.42
訪看 I 4 (60分以上 90分未満)	1,128	10.42

介護予防訪問看護 所要時間	(単位)	(円)
訪看 I 1 (20分未満)	303	10.42
訪看 I 2 (30分未満)	451	10.42
訪看 I 3 (30分以上 60分未満)	794	10.42
訪看 I 4 (60分以上 90分未満)	1,090	10.42

*夜間早朝料金：早朝6時～8時まで、夜間18時～22時まで・・・ご利用料金の25%が加算されます。

*深夜料金：22時～早朝6時まで・・・ご利用料金の50%が加算されます。

訪問看護（リハビリ） 介護保険利用料金

介護保険の訪問看護（リハビリ）サービスは、看護職員の代わりにリハビリ専門職員が訪問するサービスです。介護保険の訪問看護（リハビリ）サービスを利用する場合は、自己負担額は介護保険負担割合証に準じます。ただし、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用については、全額自己負担になります。

サービス内容	基本料金	地域区分
訪問看護（リハビリ） 所要時間	(単位)	(円)
訪看 I 5 1回 (20分)	294	10.42

サービス内容	基本料金	地域区分
介護予防訪問看護（リハビリ） 所要時間	(単位)	(円)
訪看 I 5 1回 (20分) ※	284	10.42

※利用開始月から12ヶ月を超える利用者は一回につき5単位が減算されます。

*夜間早朝料金：早朝6時～8時まで、夜間18時～22時まで・・・ご利用料金の25%が加算されます。

その他のサービス加算

サービス名称		基本料金	地域区分
		(単位)	(円)
初回加算 (初月訪問月/2ヶ月休止後の再開月)		350	10.42
		300	10.42
緊急時訪問看護加算 (月1回算定)		600	10.42
		574	10.42
複数名訪問看護加算 (I)	30分未満	254	10.42
	30分以上	402	10.42
特別管理加算 (月1回算定)		500	10.42
		250	10.42
ターミナルケア加算 (死亡月)		2500	10.42

減算

減算の名称	減算の要件	減算額
同一建物減算	同一敷地内建物等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	上記基本単位数の 10%
	同一敷地内建物等の利用者 50人以上にサービスを行う場合	上記基本単位数の 15%

- 2) 通常の実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を超えた時点から自宅までの往復の交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

(1) 実施地域を超えた時点から、1キロメートル未満 300円

(2) 実施地域を超えた時点から、1キロメートル以上 500円

通常実施地域

名古屋市全域、日進市、東郷町、三好市、長久手市、尾張旭市、豊田市

- 3) 死後の処置料 15,000円とします。
- 4) 土曜日、日曜日、12月29日から1月3日は、通常料金以外に実費8,000円の費用が掛かります。

8. 支払方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いします。

- 1) 現金払い(サービス提供時に毎回または月 1 回定められた日にお支払願います。)
- 2) 銀行振込(期日までにお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。)
- 3) 自動引き落とし

9. キャンセル

利用者が事業の利用をキャンセルする際は、事業予定日の前日 15 時までには所定の連絡先までご連絡下さい。当日のキャンセルについては、キャンセル料(基本料の 10 割)をいただく場合がありますのでご了承ください。

10. 緊急時等の対応方法

看護職員等は、訪問看護を実施中に利用者の病状の急変やその他緊急事態が生じた時、若しくは訪問以外に緊急連絡が入った時は、必要に応じて臨時応急・臨時訪問等を行うとともに、速やかに主治の医師に連絡をし、適正な処置を行うこととします。

11. 苦情申立窓口

訪問看護に関するご相談や苦情は遠慮なく下記までご連絡ください。迅速に対応します。

事業所	連絡先
訪問看護ステーションサワ	052-807-7838

外部連絡窓口

愛知県国民健康保険団体連合 介護福祉室苦情調整係	052-971-4165
名古屋市介護保険課	052-972-3087
日進市役所 介護福祉課	0561-73-7111
みよし市役所 長寿介護課	0561-32-2111
東郷町役場 福祉部高齢者支援課	0561-38-3111
長久手市役所 福祉部長寿課	0561-63-1111
尾張旭市役所 健康福祉部長寿課	0561-53-2111
豊田市役所 介護保険課	0565-31-1212

12. 個人情報の取り扱い

当事業所は利用者及びご家族(以下「利用者等」という。)の個人情報の利用については、法令に従い以下の範囲内で使用します。

1) 使用目的

- (1) 利用者の計画に基づき看護等の支援を円滑に実施するために必要な場合
- (2) 上記(1)の他、他事業所との連絡調整のために必要な場合

(3)現にサービスの提供を受けている場合で利用者が体調等を崩し又はケガ等で入院した時に医師・看護師等に説明する場合

2) 個人情報の内容

(1)氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他一切の利用者や家族個人に関する情報

(2)診断書、心理検査結果等

(3)その他使用目的に関連する関係情報

3) 使用する期間

サービスの提供を受けている期間及びその他サービス提供期間以外で必要があるとき

4) 使用にあたっての条件

個人情報の提供については、1)に記載する目的の範囲内で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないように細心の注意を払う

令和 年 月 日

訪問看護事業の提供開始に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。この説明書を2通作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、各自1通ずつ保有するものとします。

事業者

<事業所名> 訪問看護ステーションサワ

<所在地> 愛知県日進市赤池町箕ノ手2-1277

<代表者名> 鵜飼 洋臣

説明者

<氏名> _____ ⑩

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の説明を受けました。

利用者

<住所> _____

<氏名> _____ ⑩

(代理人)

<住所> _____

<氏名> _____ ⑩