

ナースステーション オアシス

重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

愛知県知事指定 第 2362390334 号

当事業所はご利用者に対して指定訪問看護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、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

法人名	株式会社いずみ
法人所在地	愛知県瀬戸市石田町 156 番地
連絡先	0561-87-2200
代表者氏名	代表取締役 田中 誠司

2. 事業所の概要

事業の目的 運営方針	① 指定訪問看護の実施にあたっては、かかりつけの医師の指示のもと、対象者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援するものである。 ② 訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。
事業所の名称	ナースステーション オアシス
事業所の所在地	愛知県瀬戸市新明町 128 番地
連絡先	TEL 0561-56-2210 FAX 0561-87-2422
設立年月	令和 7 年 3 月 1 日

3. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問看護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 令和 7 年 3 月 1 日現在

職種	人数	勤務形態等
管理者	1 名 (常勤換算)	管理者 (看護職員と兼務)
訪問看護師	2.5 以上 (常勤換算)	訪問看護師
事務員	1	非常勤専従 1 名

4. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	瀬戸市、長久手市、尾張旭市
事務所の営業日・営業時間	月曜日～金曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日を除く。 午前9時00分から午後6時00分
サービス提供日・時間	365日 24時間対応可能

5. 当事業所が提供するサービス内容・料金

(1) サービス内容

① 健康状態の観察（血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察） ② 日常生活の看護（清潔・排泄・食事など） ③ 在宅リハビリテーション看護（寝たきりの予防・手足の運動など） ④ 療養生活や介護方法の指導 ⑤ 認知症の介護・お世話と悪化防止の相談 ⑥ カテーテル類の管理・褥瘡の処置など医師の指示に基づいての看護 ⑦ 生活用具や在宅サービス利用についての相談 ⑧ 終末期の看護 ⑨ その他医師の指示による医療処置等

(2) 利用料金

介護保険対象の方 『 料金一覧表 【介護保険】』 参照

医療保険対象の方 『 料金一覧表 【医療保険】』 参照

○利用者負担金

（介護保険利用者負担）

利用料の額は、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ときには、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。

（医療保険法定利用料負担）

後期高齢者	・（基本療養費＋管理療養費＋加算分）× 負担割合となります。		
	①	一般（②、③以外の方）	一割負担 月額上限 18,000 円
	②	市民税非課税世帯の方で 限度額適用・標準負担額減額認定証をお持ちの方	一割負担 月額上限 8,000 円
	③	一定以上所得の方	三割負担 月額上限 44,400 円

	※一定以上の方は、後期高齢者保険の窓口に届け出てみとめられれば一割負担となる場合があります。
一般の健康保険等	・（基本療養費＋管理療養費＋加算分）×負担割合となります。 ・ 重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります。

◆ 1ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町へ申請致しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※いずれも医療費控除の対象となります。

○その他の利用料

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 実施地域を越えた地点から、片道1キロメートルあたり 50円

（3）利用料金のお支払い方法

- ・ 前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月分をまとめて請求させていただきます。
- ・ 支払方法：金融機関口座からの自動振替となります。
- ・ 支払日：サービス提供月の翌月26日に振替口座より引き落とさせていただきます。

（4）利用の中止、変更、追加

- ・ 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問看護サービスの利用を中止又は変更、もしくはサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日15時までに事業者申し出て下さい。
- ・ 利用予定日の前日までに申し出がなく、利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日午後15時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日午後15時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の50%

- ・ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問看護師の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

6. サービス利用にあたっての留意事項

（1）サービス提供を行う訪問看護師

サービスの提供にあたっては、複数の訪問看護師が交代してサービスを提供します。

（2）サービス実施時の留意事項

- ①定められた業務以外の禁止

利用者は「５ 当事業所が提供するサービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

②訪問看護サービスの実施に関する指示・命令

訪問看護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

但し、事業者は訪問看護サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③備品等の使用

訪問看護サービス実施のために必要な居室の備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

（３）サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（４）事故時の対応

事業所は、利用者に対する看護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに必要な処置を講じます。

（５）虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の措置を講ずる。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を年２回定期的に開催しその結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ② 虐待の防止のための指針を整備します。
- ③ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を年１回定期的に実施します。
- ④ 上記（１）から（３）までを適切に実施するための担当者を設置します。

高齢者虐待防止責任者	度會 雅子
------------	-------

（６）衛生管理等

- ① 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように次に掲げる措置を講じます。
- ④ 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- ⑤ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ⑥ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的 to 実施します。

(7) 業務継続計画の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施します。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

7. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は全職員が受け付けますが、苦情受け付け窓口も設けてあります。

苦情受付窓口	ナースステーション オアシス 電話 0561-56-2210
担当者	管理者 度會 雅子

(2) 当事業所以外の苦情受付機関

名古屋市健康福祉局高齢福祉部 介護保険課	ご利用時間 平日 9:00~17:00 電話番号 052-972-3087
愛知県国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 9:00~17:00 電話番号 052-971-4165
瀬戸市	ご利用時間 平日 9:00~17:00 電話番号 0561-88-2620
長久手市	ご利用時間 平日 9:00~17:00 電話番号 0561-56-0613
尾張旭市	ご利用時間 平日 8:30~17:15 電話番号 0561-53-2111
春日井市	ご利用時間 平日 8:30~17:15 電話番号 0568-81-5111

※ _____様

説明年月日 令和 年 月 日

説明者署名 _____

※契約を前提として説明を行った場合は、説明を受けた者の署名を求める。

【介護保険での訪問看護サービスにかかる加算】

	加算種類		単位数
☐	初回加算（Ⅰ）	1 月につき（介護予防も同様）	350
☐	初回加算（Ⅱ）	1 月につき（介護予防も同様）	300
☐	専門管理加算	1 月につき	250
☐	遠隔死亡診断補助加算	1 回につき	150
☐	口腔連携強化加算	1 月につき（介護予防も同様）	50
☐	退院時共同指導加算	1 回につき（介護予防も同様）	600
☐	看護・介護職員連携強化加算	1 回につき	250
☐	看護体制強化加算（Ⅰ）	1 月につき	550
☐	看護体制強化加算（Ⅱ）	1 月につき	200
☐	サービス提供体制強化加算（Ⅰ）	1 回につき（介護予防も同様）	6
		指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 1 月につき	50
☐	サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	1 回につき（介護予防も同様）	3
		指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 1 月につき	25
☐	複数名訪問加算（Ⅰ）	30 分未満 1 回につき	254
		30 分以上 1 回につき	402
☐	複数名訪問加算（Ⅱ）	30 分未満 1 回につき	201
		30 分以上 1 回につき	317
☐	長時間訪問看護加算	1 回につき	300
☐	緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	1 月につき	600
☐	緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	1 月につき	574
☐	特別管理加算（Ⅰ）	1 月につき	500
☐	特別管理加算（Ⅱ）	1 月につき	250
☐	ターミナルケア加算	死亡月につき	2,500
☐	介護職員等処遇改善加算	総単位数に右記％を加算	加算率 1.8%

※上記自己負担分は、各単位に地域区部「 6 」等級加算 (10.42) を乗じた額の一分割分を表示

※准看護師による訪問の場合、上記訪問看護費の90%で算定

※ 夜間（18:00～22:00）又は早朝（6:00～8:00）の場合、所定単位数の25%増

※ 深夜（22:00～6:00）の場合、所定単位数の50%増

※上記の利用料は、厚生労働省が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、上記の利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は、事前に新しい利用料金を書面でお知らせします。

※高齢者虐待防止措置未実施の場合は、所定単位数より1/100減算となります。

※業務継続計画未策定の場合は（令和7年4月1日から適用）、所定単位数より1/100減算となります。

※「事業所と同一建物の利用者また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い場合」を適用する場合は、支給限度額の算定の際、当該減算前の単位数を算入

※1月以内の2回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間・深夜の（介護予防）訪問看護に係る加算を算定するものとする

※理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合又は特定の加算を算定していない場合1回につき8単位減算となります。

※特別地域訪問看護が適用となる地域の場合、所定単位数の15%増

※中山間地域における小規模事業所加算が適用の場合、所定単位数の10%増（特別管理加算、ターミナルケア加算を除く）

※中山間地域におけるサービス提供の場合、所定単位数の5%増（特別管理加算、ターミナルケア加算を除く）

【医療保険での訪問看護サービスにかかる加算】

＜病状や訪問状況、指導等により加算されます＞

24 時間対応体制加算

・24 時間連絡をできる体制にあり、緊急時及び必要に応じて、電話相談または訪問看護を利用することができます。月に 1 回加算されます。（訪問時には別途料金がかかります）。

24 時間対応体制加算のお申込み

_____ 年 _____ 月 _____ 日付で訪問看護をお申し込みになりました

（利用者名）_____ 様に対し、_____ 年 _____ 月 _____ 日より

24 時間対応体制加算にかかる訪問看護を実施いたします。

* 緊急訪問を行った場合、さらに緊急訪問看護加算が加算される場合があります。

◇緊急訪問看護加算

利用者または家族の求めに応じて診療所または在宅療養支援診療所の主治医の指示により、
緊急訪問看護を行った場合に、1 日 1 回加算されます。

□特別管理加算

特別管理加算（Ⅰ）重症度等の高い場合	特別管理加算（Ⅱ）
☐ 住宅悪性腫瘍患者指導管理 ☐ 在宅気管切開患者指導管理 ☐ 気管カニューレを使用している状態 ☐ 留置カテーテルを使用している状態	☐ 在宅自己腹膜灌流指導管理 ☐ 在宅血液透析指導管理 ☐ 在宅酸素療法指導管理 ☐ 在宅中心静脈栄養法指導管理 ☐ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 ☐ 在宅自己導尿指導管理 ☐ 在宅人工呼吸指導管理 ☐ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 ☐ 在宅自己疼痛管理指導管理 ☐ 在宅肺高血圧症患者指導管理 ☐ 人工肛門または人工膀胱を設置している状態 ☐ 真皮を超える褥瘡の状態 ☐ 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定

* 病状、装着・医療機器等が変更になった場合、特別管理加算も変更になります。

□難病等複数回訪問看護加算

厚生労働大臣が定める疾病等（別表第 7*1・別表第 8*2）利用者、特別訪問看護指示書が交付された利用者で、1 日に 2 回または 3 回以上の訪問看護を行った場合に加算されます。

□長時間訪問看護加算

特別管理加算の対象となる利用者に対して、90 分の訪問看護に連続して長時間の訪問看護を行う場合、1 回の訪問看護につき加算されます。

□複数名訪問看護加算

下記の該当者となる利用者に、同時に複数の看護師等が訪問看護を行ったときに加算されます。

- イ 別表第 7 に掲げる者（厚生労働大臣の定める疾病等）
- ロ 別表第 8 に掲げる者（特別管理加算の対象者）
- ハ 特別訪問看護指示書による訪問看護を受けている者
- ニ 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ホ 利用者の身体的理由により一人の看護師等による訪問看護が困難と認められる者（看護補助者の場合に限る）
- ヘ その他利用者の状況から判断して、イからホまでのいずれかに準ずると認められる者（看護補助者の場合に限る）

□夜間・早朝訪問看護加算、深夜訪問看護加算

夜間（午後 6 時から午前 10 時までの時間）、または早朝（午前 6 時から午前 8 時までの時間）、深夜（午後 10 時から翌 6 時まで）に訪問看護を行った場合、1 日につきそれぞれ 1 回ずつ加算されます。

□退院時共同指導加算

退院または介護老人保健施設の退所にあたって、訪問看護師が入院・入所先に出向き、在宅療養生活について医師または看護師等と共同して指導を行った場合、退院、退所後の初回の訪問看護の際に 1 回（特別な場合は 2 回）加算されます。

□特別管理指導加算

退院後、特別な管理が必要な方に対して、退院時共同指導を行った場合に、退院時共同指導加算に追加して加算されます。

□退院支援指導加算

退院当日に訪問看護が必要であると認められ、居宅等に訪問して療養上必要な指示等を行った場合に加算されます。

□訪問看護情報提供療養費 1、2、3

- ①利用者の居住地の市区町村、義務教育諸学校、保健医療機関等に訪問看護の情報を提供した場合に算定されます。保健福祉サービスとの連携を強化し、利用者に対する総合的な住宅療養を推進することを目的とするもので、健康教育、健康相談、機能訓練、訪問指導等の保健サービスまたはホームヘルプサービス（入浴、洗濯等のサービスも含む）等の福祉サービスを有効に提供することを目的とし、市区町村が情報提供を求めているものです。
- ②保健医療機関、介護老人保健施設または介護医療院に入院・入所する利用者の訪問看護にかかる情報を主治医を介して提供する場合に算定されます。

□訪問看護ターミナルケア療養費 1

在宅、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（介護予防は対象外）について、死亡日及び死亡前 14 日以内（15 日間）に 2 回以上の訪問看護を実施し、訪問看護におけるターミナル支援体制について利用者及びその家族等に対して説明したうえでターミナルケアを行った場合に加算されます。（ターミナルケア実施後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合を含みます）

□訪問看護ターミナルケア療養費 2

特別養護老人ホーム等で死亡した入所者で当該施設の看取り介護加算等を算定している利用者（介護予防は対象外）について、死亡日及び死亡前 14 日以内（15 日間）に 2 回以上の訪問看護を実施し、訪問看護におけるターミナル支援体制について利用者及びその家族等に対して説明したうえでターミナルケアを行った場合に加算されます。

訪問看護サービスの開始にあたり、訪問看護にかかる加算（医療、介護）等についての説明を受けサービス提供開始に同意しました。

年 月 日

事業所 ナースステーション オアシス

管理者 管理者 度會 雅子



利用者様



ご家族（代理人）様



[参考]

*1 別表第7<厚生労働大臣が定める疾病等>

○末期の悪性腫瘍 ○多発硬化症 ○重症筋無力症 ○スモン ○筋萎縮性側索硬化症 ○脊髄小脳変性症 ○ハンチントン病 ○進行性筋ジストロフィー症 ○パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る。）） ○多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シェイ・ドレーガー症候群） ○プリオン病 ○亜急性硬化性全脳炎 ○ライソゾーム病 ○副腎白質ジストロフィー ○脊髄性筋萎縮性 ○球脊髄性筋萎縮症 ○慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ○後天性免疫不全症候群 ○頸髄損傷 ○人工呼吸器を使用している状態 ○難治性皮膚疾患

*2 別表第8

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者または気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理または在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人口肛門または人工膀胱を設置している状態である者
4. 真皮を超える褥瘡の状態である者
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している。