

指定訪問看護重要事項説明書

(医療保険)

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	いまじんナースステーション
所在地	大阪府池田市石橋 1 丁目 3 番 1 号
連絡先	072-789-1424
介護保険指定番号	2762590293
医療保険医療機関番号	25-90293

2. 事業所の職員体制と職務内容

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理者	看護師	1 名	0 名	従業員の管理及び業務の一元的な管理	1 名
訪問看護	看護	2 名（うち管理者を含む）	1 名	訪問看護サービスの提供	3 名
訪問看護	准看護師	0 名	1 名	訪問看護サービスの提供	1 名
訪問看護 (リハビリ)	理学療法士	0 名	0 名	訪問リハビリサービスの提供	0 名
訪問看護 (リハビリ)	作業療法士	0 名	0 名	訪問リハビリサービスの提供	0 名
訪問看護 (リハビリ)	言語聴覚士	0 名	0 名	訪問リハビリサービスの提供	0 名
計		2 名	2 名		

(2025 年 4 月 1 日現在)

3. サービスの内容

(1) 訪問看護サービスは、ご利用者の居宅（自宅）にて、看護師等その他省令で定める者が、療養上の世話、または必要な診療の補助を行うサービスです。具体的には、以下の①ないし③となります。

①看護介護行為

- ・バイタルチェック（血圧、脈拍、体温、簡易酸素飽和度測定）
- ・身体の保清（清拭、陰部洗浄、更衣、おむつ交換、口腔ケア、手浴、足浴、洗髪、入浴介助、ひげ剃り等）
- ・療養指導（生活の注意事項、食事指導、排泄に関する対策や指導等）
- ・服薬管理、指導
- ・リハビリテーション（関節などの運動・日常生活動作の訓練等）

②医療処置行為

- ・尿道留置カテーテル、自己導尿管理ケア（特別管理加算対象）
- ・経管チューブ、胃瘻（いろう）管理ケア（特別管理加算対象）
- ・腹膜還流装置管理ケア（特別管理加算対象）
- ・透析液供給装置管理ケア（特別管理加算対象）
- ・在宅酸素療法管理ケア（特別管理加算対象）
- ・中心静脈栄養管理、輸液、ポンプ管理（特別管理加算対象）
- ・人工肛門、人工膀胱管理ケア（特別管理加算対象）
- ・気管切開（気管カニューレ挿入中）の管理ケア（特別管理加算対象）
- ・創傷及び床ずれ処置（状態によっては特別管理加算対象）
- ・喀痰の吸引、管理
- ・点滴、注射

③介護者への支援

- ・介護の方法指導、社会資源の紹介
- ・床ずれ防止、リハビリの方法、食事指導（介護の工夫、方法など）
- ・介護者及び家族の療養相談、助言
- ・保健福祉サービス・在宅ケアに関する諸サービスの情報提供・活用支援
- ・その他医師の指示に基づく処置・看護

(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。病院によって異なる場合もありますので病院窓口にてご確認の上、窓口でお支払ください。）

(3) サービス提供にあたっては、介護保険証、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、ご利用者に説明し、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。ご利用者とそのご家族は事業所の営業時間内に、ご本人に関する訪問看護記録書をご覧いただけます。実費負担の複写料金を負担することで、ご本人に関する訪問看護記録書の複写の交付を受けることができます。訪問看護記録書は事業所にて5年間保管をします。

4. 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：佐藤 貴大

連絡先：いまじんナースステーション 連絡先電話番号：072-789-1424

5. サービス提供地域

池田市・箕面市・豊中市、その他地域周辺は応相談

6. サービス提供時間

サービス種類	平日	土曜日・日曜日	祝日
訪問看護 予防訪問看護	9：00～17：00	9：00～17：00 日曜日は原則休日 必要に応じて対応	原則休日 必要に応じて対応

※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、緊急時などは、時間外でも訪問いたします。但し、時間外の場合の利用料は通常料金と異なりますのでご注意ください。

※年末年始（12/29～1/3）は「祝日」扱いになります。

7. 利用料金

(1) 医療保険の適用を受けるサービスの料金

(単位：円/回)

項目					利用料	自己負担の目安			
						1割	2割	3割	
ア 基 本 療 養 費	訪問看護 基本療養 費（Ⅰ）	①保健師・助産師・看護 師		週3日目まで	5.550	555	1.110	1.665	
				週4日目以降	6.550	655	1.310	1.965	
		②准看護師		週3日目まで	5.050	505	1.010	1.515	
				週4日目以降	6.050	605	1.210	1.815	
		③悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア・褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師 （人工肛門等の皮膚障害を伴わない合併症を含む）			12.850	1.285	2.570	3.855	
					(月額)				
	④理学療法士・作業療法士・言語聴覚士		5.550	555	1.110	1.665			
	訪問看護 基本療養 費（Ⅱ）	①保健師・助産師・看護 師	同一日2人	週3日目まで	5.550	555	1.110	1.665	
				週4日目以降	6.550	655	1.310	1.965	
			同一日3人以上	週3日目まで	2.780	278	556	834	
				週4日目以降	3.280	328	656	984	
		②准看護 師	同一日2人	週3日目まで	5.050	505	1.010	1.515	
				週4日目以降	6.050	605	1.210	1.815	
			同一日3人以上	週3日目まで	2.530	253	506	759	
				週4日目以降	3.030	303	606	909	
		(同一建物居住者 で同一日複数者)	③悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師 （人工肛門等の皮膚障害を伴わない合併症を含む）			12.850	1.285	2.570	3.855
						(月額)			
			④理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	同一日2人		5.550	555	1.110	1.665
				同一日3人以上		2.780	278	556	834
	訪問看護基本療養費（Ⅲ）（外泊中の訪問看護）					8.500	850	1.700	2.550

項目				利用料	自己負担の目安			
					1割	2割	3割	
イ 加 算	難病等複数 回訪問看護 加算	1日2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3回以 上	同一建物内1人又は2人	8.000	800	1.600	2.400	
			同一建物内3人以上	7.200	720	1.440	2.160	
	長時間訪問看護加算（90分超え）			5.200	520	1.040	1.560	
	複数名訪問 看護加算	①他の看 護師	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	
		他の准看 護師	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	
		その他職 員（④以	同一建物内1人又は2人	3.000	300	600	900	
			同一建物内3人以上	2.700	270	540	810	
		④その他 職員（別 表7.8.特別 指示書）	1日1回	同一建物1人又 は2人	3.000	300	600	900
				同一建物3人以 上	2.700	270	540	810
			1日2回	同一建物1人又 は2人	6.000	600	1.200	1.800
				同一建物3人以 上	5.400	540	1.080	1.620
			1日3回 以上	同一建物1人又 は2人	10.000	1.000	2.000	3.000
				同一建物3人以 上	9.000	900	1.800	2.700
	夜間・早朝訪問看護加算（6：00～8：00、18：00～22：00）			2.100	210	420	630	
	深夜訪問看護加算（22：00～翌6：00）			4.200	420	840	1.260	
	緊急訪問看 護加算	月14日目まで		2.650	265	530	795	
		月15日目以降		2.000	200	400	600	

項目		利用料	自己負担の目安		
			1割	2割	3割
ウ 管 理 療 養 費	月の初日	7.760	767	1.534	2.301
	2日目以降	3.000	300	600	900
	24時間対応体制加算（月に1回まで）	6.800	680	1.360	2.040
	退院時共同指導加算（2回まで）	8.000	800	1.600	2.400
	退院支援指導加算（1回のみ）	6.000	600	1.200	1.800
	退院支援指導加算（長時間）	8.400	840	1.680	2.520
	在宅患者緊急時等カンファレンス加算（月2回まで）	2.000	200	400	600
	在宅患者連携指導加算（月1回まで）	3.000	300	600	900
	看護・介護職員連携強化加算（月1回）	2.500	250	500	750
	特別管理加算Ⅱ	2.500	250	500	750
	特別管理加算Ⅰ	5.000	500	1.000	1.500
	特別管理指導加算	2.000	200	400	750
	医療DX情報活用加算（月1回）	50	5	10	15
エ	情報提供療養費（月1回）	1.500	150	300	450
オ	ターミナルケア療養費1（死亡月に算定）	25.000	2.500	5.000	7.500
	ターミナルケア療養費2（死亡月に算定）	10.000	1.000	2.000	3.000
カ	ベースアップ評価料Ⅰ（月1回）	780	78	156	234

※上記ア基本療養費及びウ管理療養費については、医療保険適用公費助成資格を有する方は、その公費助成割合に応じた料金になります。

※年末年始（12/29～1/3）は「休日」扱いになります。

※夜間・早朝、及び深夜に訪問看護サービスを実施した場合は、各加算に応じた料金が適用されます。尚、8：00～9：00 及び 17：00～18：00 の時間帯は、基本料金に応じた料金になります。

※ターミナルケア療養費1については、在宅または特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（特別養護老人ホーム等において、看取り介護加算その他これに相当する加算を算定している利用者を除く）に算定します。

※ターミナルケア療養費2については、特別養護老人ホーム等で死亡した利用者（特別養護老人ホーム等において、看取り介護加算その他これに相当する加算を算定している利用者）に算定します。

(2) 交通費と 24 時間対応体制加算については以下のとおりとします。

交通費	無
24 時間対応体制加算	<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算を受ける
についての同意欄	<input type="checkbox"/> 24 時間対応体制加算を受けない

8. 利用者負担金のお支払方法

請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。

(ア)事業者指定口座への振り込み

(イ)利用者指定口座からの自動振替

(ウ)現金支払い

9. 利用者負担金の滞納について

ご利用者が正当な理由なく利用者負担金を 2 ヶ月以上滞納した場合、及びご利用者負担金を支払わない場合は、事業者は 30 日間以上の猶予期間を定めて、契約を解約する旨を催告することがあります。

10. サービスのキャンセル

ご利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用日前日事業所営業時間までにご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、下記の表の通りキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。

時期	キャンセル料
前日までのご連絡の場合	無料
当日のご連絡の場合	1 提供当りの料金の 50%
ご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 100%

11. 契約の解約

(1) ご利用者の都合で契約を解約する場合

契約終了を希望する 14 日前までに文書で通知することにより、契約を解約することができます。但し、ご利用者の急変、急な入院などやむ得ない事由がある場合は、契約終了を希望する 1 週間以内の通知でも解約することができます。

(2) 事業者の都合で契約を解約する場合

事業者側にやむを得ない事由がある場合、又は、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用の目的を達することが困難になった場合は、30 日間以内の予告期間をもって、この契約を解約することができます。ただし、事業者は、この契約を解約しようとする場合は、前もって訪問看護指示医や他保健・医療・福祉

サービス関係機関と協議し、必要な援助を行います。

(3) その他の契約が解約となる事由

- 一. 契約期間満了の14日前までに、利用者から更新拒絶の申し出があり、且つ契約期間が満了した時。
- 二. 事業者が9条により契約を解約した時。
- 三. 利用者が介護保険施設へ入所や医療施設等へ入院し、6ヶ月以上経過の時。
- 四. 事業者が定めた通常のサービス提供地域外へ利用者が転出し、継続が困難になった時。
- 五. 利用者の病状の改善により、訪問看護の必要が認められなくなった時。その他契約の継続が困難となった時。

12. その他

(1) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① 訪問看護師及びその他従業員（以下「訪問看護師等」という）は、年金の管理、金銭の貸借など金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
- ② 訪問看護師等は、医療保険上、利用者の心身機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。それ以外の業務は認められていませんので、ご了承ください。
- ③ 訪問看護師等に対する贈り物や飲食などのもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ④ 感染予防のため、処置及びケア時はゴム手袋を使用させていただきます。また、終了後は手洗いをさせていただきますのでご了承ください。

13. 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、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。

主治医	医療機関名			
	医師名		電話番号	
ご家族等	氏名（続柄）		氏名（続柄）	
	電話番号		電話番号	

14. 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。

15. 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】

(苦情処理担当者：佐藤 貴大)

所 在 地：大阪府池田市石橋 1-3-1

電話番号・FAX 番号：072-789-1424

受付時間：9：00～17：00（月曜日～金曜日）

【市の窓口】

池田市役所 介護保険課

所 在 地：大阪府池田市城南 1-1-1

電話番号：072-752-1111 FAX 番号：072-752-1495

受付時間：8：45～5：15（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）

16.法人概要

事業 者 名 称	株式会社いまじん
代 表 者 氏 名	山野 賢一
本 社 所 在 地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府豊中市岡町 9-7 電話：06-6843-5618
法人設立年月日	2025 年 1 月 1 日

17 事業所概要

事業 所 名 称	いまじんナースステーション
介護保険指定 事業所番号	第 2762590293 号
事業所所在地	大阪府池田市石橋 1 丁目 3 番 1
連 絡 先 相談担当者名	電話番棒：072-789-1424 管理者 佐藤 貴大（さとう たかひろ）
事業所の通常の 事業の実施地域	池田市、箕面市、豊中市、その他周辺市町村については応相談

事業の目的	適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護者等からの相談に応じ、及び要介護者とその心身の状況や置かれている環境等に応じて、本人やその家族の意向等を基に、居宅サービス又は施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的とする。
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者が要介護状態となった場合においても、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自立した日常生活を営むことができるように配慮して行う。 2. 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者自らの選択に基づき適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業所から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。 3. 利用者の意志および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が特定の種類または特定の居宅サービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行う。

	<p>4. 事業を行うにあたっては、利用者の所在する市町村、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努める。</p> <p>5. 前 4 項のほか、「池田市指定居宅介護支援事業者の指定並びに指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例」に定める内容を遵守し、事業実施するものとする。</p>
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

18. 個人情報の取り扱い基準の遵守について

- (1) 介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、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ありません。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。

令和 年 月 日

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> 大阪府豊中市岡町9番7号
<法人名> 株式会社いまじん
<代表者> 山野 賢一 印

<事業所名> いまじんナースステーション
<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、これを株式会社いまじんに提供するものとします。

※3 主な介護者の個人情報が、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。