

重要事項説明書

1. 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	株式会社ケアブリッジ
主たる事務所の所在地	〒442-0887 豊川市明野町 1-24-11
代表者(職名・氏名)	代表取締役:小林 正奈
設立年月日	令和 8 年 4 月 20 日

2. 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 菜の花	
サービスの種類	訪問看護	
事業所の所在地	〒441-0321 豊川市御津町広石神子田 5-1	
電話番号	080-3092-4259	
指定年月日・事業所番号	令和 8 年 9 月 1 日指定	2362690436
管理者の氏名	足立 美恵子	
通常の事業の実施地域	豊川市、蒲郡市(大塚、三谷地区)	

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

訪問看護は、病状が安定期にある利用者について、看護師等その他省令で定める者が、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	月曜日から金曜日まで 年末年始(12月29日から1月3日)を除きます。
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分まで 緊急時:24 時間電話対応・必要時訪問

6. 事業所の職員体制

	職種	常勤	非常勤
管理者	看護師	1 名	名
看護師	看護師	2 名	名

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

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。

管理責任者の氏名	足立 美恵子
----------	--------

8. 利用料

利用者から頂く利用者負担金は、次表の通りです。金額は、法定利用料に基づく金額です。

(1) キャンセル料

利用予定をキャンセルした場合は、以下の通りキャンセル料をいただきます。

① 利用予定日の前日 17 時までに連絡いただいた場合 キャンセル料なし
② 訪問までにご連絡のない場合 1 提供当たり料金の 100% 請求します

※ただし、利用者の体調不良や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合にはキャンセル料は発生しません。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

交通費 1km につき 30 円

(3) 訪問看護の利用料

【介護保険利用料金表】

サービス内容	要支援				要介護			
	単位	1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担	単位	1 割 負 担	2 割 負 担	3 割 負 担
訪問看護(1-1) 20 分未満	303	309 円	619 円	928 円	314	321 円	641 円	962 円
訪問看護(1-2) 30 分未満	451	460 円	921 円	1381 円	471	481 円	962 円	1443 円
訪問看護(1-3) 30 分以上 1 時間未満	794	811 円	1621 円	2432 円	823	840 円	1681 円	2521 円
訪問看護(1-4) 1 時間以上 1 時間半未満	1090	1113 円	2226 円	3339 円	1128	1151 円	2303 円	3455 円

利用料金(1 回あたり)(1 単位 = 10.21 円)

※夜間・早朝・深夜にサービスを行った場合、上記の各単位に下記を合算させていただきます。

・夜間・早朝(午前 6 時～午前 8 時、または午後 18 時から午後 22 時) 25%増

・深夜(午後 22 時～午前 6 時) 50%増

※実際の提供時間や回数に応じて請求させていただく為、請求金額が増える可能性があります。ご了承ください。

※介護保険の給付の範囲(利用限度額)を超えた訪問看護サービスについては、全額自己負担となります。

その他の加算料金一例(状況に応じて加算させていただきます)

加算項目	単位	1 割負担	2 割負担	3 割負担
特別管理加算Ⅰ	500	511 円	1,021 円	1,532 円
特別管理加算Ⅱ	200	256 円	511 円	766 円
退院時共同指導加算	600	613 円	1,225 円	1,840 円
初回加算Ⅰ (退院日に訪問した場合)	350	357 円	715 円	1,072 円
初回加算Ⅱ (退院日以降に訪問した場合)	300	307 円	613 円	919 円
ターミナルケア加算	2,500	2,553 円	5,150 円	7,658 円
専門管理加算	3,966	256 円	511 円	766 円
緊急訪問看護加算	600	613 円	1,225 円	1,840 円
複数名訪問看護加算(30 分未満)	254	260 円	519 円	778 円
複数名訪問看護加算(30 分以上)	402	411 円	821 円	1,232 円
長時間訪問看護加算	300	307 円	613 円	919 円

(1単位＝10.21 円)

【医療保険利用料金表】

訪問回数/負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担
1 回目	1,322 円	2,644 円	3,966 円
2 回目以降	855 円	1,710 円	2,565 円
同日 2 回目	450 円	900 円	1,350 円
同日 3 回目	800 円	1,600 円	2,400 円

※週の利用回数が 4 日以上となった場合は、1 日増える毎に別途、次の通り加算させていただきます。1 割負担の方は+100 円、2 割負担の方は+200 円、3 割負担の方は+300 円となります。

※週は日曜日を起点とします。

その他の加算料金一例(状況に応じて加算させていただきます)

加算項目	1 割負担	2 割負担	3 割負担
情報提供療養費	150 円	300 円	450 円
24 時間対応体制加算	680 円	1,360 円	2,040 円
特別管理加算(Ⅰ)	500 円	1,000 円	1,500 円
特別管理加算(Ⅱ)	250 円	500 円	750 円
早朝・夜間訪問加算 6～8 時・18～22 時	210 円	420 円	630 円
深夜訪問看護加算 22～6 時	420 円	840 円	1,260 円
長時間訪問看護加算	520 円	1,040 円	1,560 円
緊急訪問看護加算(月 14 日目まで)	265 円	530 円	795 円
緊急訪問看護加算(月 15 日目以降)	200 円	400 円	600 円
退院時共同指導加算	800 円	1,600 円	2,400 円
特別管理指導加算	200 円	400 円	600 円
退院支援指導加算	600 円	1,200 円	1,800 円
複数名訪問看護加算	450 円	900 円	1,350 円
ターミナルケア療養費 1	2,500 円	5,000 円	7,500 円
ターミナルケア療養費 2	1,000 円	2,000 円	3,000 円
訪問看護基本療養費Ⅰ(ハ) (認定看護師による同行訪問)	1285 円	2570 円	3855 円

(1単位＝10.21 円)

※いずれも、主治医の発行する訪問看護指示書に基づき訪問し、利用者の状態によっては、介護 保険・医療保険相互の変更も生じます。

9. 実費

- (1)サービス提供にあたり当事業所が使用する消耗品(オムツ等の介護物品)は、全額利用者様負担で利用者様をご用意するものとします。
- (2)保険適用外での訪問看護を希望される方は 30 分 5500 円(税込)となります。
- (3)巻き爪治療 1 回目 5500 円(税込)、2 回目 4,400 円(税込)となります。
- (4)フットケアや鶏眼・胼胝処置等 1 回 3,300 円(税込)となります。
- (5)死後の処置を希望される場合は、11,000 円(税込)を頂きます。

10. 支払い方法

利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の 26 日(祝休日の場合は、その翌日)に、指定する口座より引き落とします。 口座振替の手続きが完了するまで2ヶ月程度時間を要することがあります。手続きが完了するまでは、口座へ振込にて対応をお願いいたします。なお振込手数料につきましては利用者負担となります。
現金払い 振り込み	毎月 15 日前後に、前月分の請求書をお渡しします。サービスを利用した月の翌月に、現金または指定口座へのお振り込みにてお支払いください。なお、振込手数料はご利用者様のご負担となります。お支払い確認後、領収書を発行いたします。

11. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12. お願い

- 感染予防のため、訪問時に洗面所をお借りして手指洗浄をさせていただきます。
- 訪問中の喫煙、飲酒は極力お控えください。
- 訪問看護サービスの提供にあたり、保険証及び、医療受給者証などを確認させていただきます。これらの内容に変更が生じた場合は必ずお知らせ下さい。
- 訪問時は、ペットを室内に放し飼いにせずケージに入れるか、別室に入れて頂きますようお願い致します。
- 他の利用者の容態が急変したなどの場合、予定していた訪問者、訪問時間を急遽変更させて頂くことがございます。予めご了承ください。
- 訪問到着時間は、できる限り予定された時間を厳守致しますが、前後の訪問内容、交通事情などにより、訪問予定時刻の 15 分程度前後する場合があります。
- サービス提供するにあたり使用する電気、ガス、水道等の使用は無償で許可するものとします。
- 実習、及び見学を目的とした当社社員及び、学生、有資格者等の同行についてご協力をお願いしております。
- 非通知からの着信は折り返しができないため、連絡される際は非通知設定をせずに連絡をお願いします。また、いたずら防止のため非通知着信は繋がらない設定となっております。

- トラブル発生時は、複数名で訪問させていただくことや、やり取りを録音させていただくなど、再発防止のための対応を講じます。
- 社会通念上、職員が身の危険、苦痛を感じる可能性のある、以下のような事柄が発生した際は、利用契約の解約等の措置を講じます。

13. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	陶山 朱美
-------------	-------

- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

14. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ① 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- ② 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- ③ 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

15. 当事所の窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

担当部署：訪問看護ステーション菜の花

担当者：足立美恵子

受付時間：8:30～17:30

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市町村でもうけつけております。

【豊川市】	豊川市役所健康福祉部 介護高齢課 電話番号 0533-89-2173
【国民健康保険団体連合会】	苦情相談室 電話番号 052-971-4165
【東三河広域連合】	介護高齢課 電話番号 0532-26-8472

16. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護事業者など、関係者に連絡します。

主治医	病院名	
	氏名	
	連絡先	
介護支援専門員	事業所名	
	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	続柄()
	連絡先	

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 豊川市御津町広石神子田 5-1
 事業者名 訪問看護ステーション 菜の花
 説明者職・氏名 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