

重要事項説明書

1 法人の概要	
法人の名称	ブライト看護株式会社
代表者名	飯島 美佳
所在地	〒245-0013 横浜市泉区中田東1丁目6-1 プラザエテルノ203号室
電話番号	045-873-6122
業務の概要	訪問看護ステーションの経営

2 事業所の概要	
事業所名	えがおナースケアステーション
管理者	飯島 美佳
所在地	〒245-0013 横浜市泉区中田東1丁目6-1 プラザエテルノ203号室
事業者指定番号	神奈川県 第1463690229号
電話番号	045-873-6122
サービス提供地域	横浜市泉区、戸塚区
事業目的	健康保険法及び介護保険法等の関係法令に従い、利用者に対し可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、安定した日常生活を営むことができるよう、訪問看護を提供します。また、主治医の指示のもとで、利用者の状態に合わせ、安心した療養生活を送れるよう支援します。
運営方針	利用者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作維持、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に支援します。 事業の実施にあたっては、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、総合的なサービス提供に努めます。

3 営業日及び営業時間	
営業日	月曜日～金曜日 ※土曜日、日曜日、国民の祝日、年末年始（12月30日～1月3日）は休業日です。
営業時間	9:00～18:00

4 事業所の職員体制及び業務内容	
管理者	1名／職員管理業務
看護職員	常勤換算2.5名以上／訪問看護サービスの提供
理学療法士等	必要に応じた人数を配置／訪問看護サービス（リハビリ）の提供

事務員	必要に応じた人数を配置／事務業務及び連絡業務等
-----	-------------------------

5 サービスの内容

療養上の世話、症状・障害の観察、療養生活や介護方法の指導、カテーテル等の医療機器の管理、リハビリテーション、清拭・洗髪等による清潔の保持、褥瘡の処置・予防、認知症患者の看護、その他医師の指示による医療処置

※看護業務の一環として行うリハビリテーションには、より専門性の高い理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が看護職員の代わりにサービス提供する場合があります。

6-1 利用料金

医療保険

<自己負担割合>

	区分	自己負担	自己負担限度額
75歳以上	現役並み所得者Ⅲ	3割	252,600円+ (総医療費－842,000円) × 1%
	現役並み所得者Ⅱ	3割	167,400円+ (総医療費－558,000円) × 1%
	現役並み所得者Ⅰ	3割	80,100円+ (総医療費－267,000円) × 1%
	一般Ⅱ	2割	18,000円
	一般Ⅰ	1割	18,000円
	低所得 (Ⅰ・Ⅱ)	1割	8,000円
70～74歳	現役並み所得者Ⅲ	3割	252,600円+ (総医療費－842,000円) × 1%
	現役並み所得者Ⅱ	3割	167,400円+ (総医療費－558,000円) × 1%
	現役並み所得者Ⅰ	3割	80,100円+ (総医療費－267,000円) × 1%
	一般	2割	18,000円
	低所得 (Ⅰ・Ⅱ)	2割	8,000円
70歳未満		3割負担	
6歳(義務教育就学前)未満		2割負担	

6-1-1 <訪問看護基本療養費>

医療保険

		週3回まで	週4回目以降 ※1
基本療養費Ⅰ	看護師	5,550円/日	6,550円/日
	理学療法士等	5,550円/日	
基本療養費Ⅱ 同一建物内で3人以上に、同一日に訪問	看護師	2,780円/日	3,280円/日
	理学療法士等	2,780円/日	
基本療養費Ⅲ 入院中の外泊時の訪問		8,500円/日	

※1 特掲診療料の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の者または特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方、特別訪問看護指示書の交付を受けている方は週4日以上との訪問が可能です。

6-1-1 <訪問看護管理療養費>		医療保険
月の初日	イ・機能強化型訪問看護療養費1	13,230円
	ロ・機能強化型訪問看護療養費2	10,030円
	ハ・機能強化型訪問看護療養費3	8,700円
	ニ・イからハまで以外の場合	7,670円
2日目以降		3,000円/日

6-1-1 <加算>		医療保険
24時間対応体制加算	月1回	6,800円
特別管理加算 ※1	月1回	5,000円 ※1-1
		2,500円 ※1-2
緊急訪問看護加算	1日1回	2,650円 (月の14日目まで)
		2,000円 (月の15日目以降)
夜間・早朝加算	1回につき	2,100円
深夜加算	1回につき	4,200円
難病等複数回訪問加算 ※2	1日2回まで	4,500円 (同一建物2人まで)
		4,000円 (同一建物3人以上)
	1日3回以上	8,000円 (同一建物2人まで)
		7,200円 (同一建物3人以上)
長時間訪問看護加算 ※3	週1回	5,200円
複数名訪問看護加算 (看護師+看護師等※4)	週1回	4,500円 (同一建物2人まで)
		4,000円 (同一建物3人以上)
複数名訪問看護加算 (看護師+その他職員※5) (厚生労働大臣が定める場合を除く)	週3回まで	3,000円 (同一建物2人まで)
		2,700円 (同一建物3人以上)
複数名訪問看護加算 (看護師+その他職員※5) (厚生労働大臣が定める場合に限る)	回数制限なし	3,000円/1日1回
		6,000円/1日2回
		10,000円/1日3回以上 (同一建物2人まで)
		2,700円/1日1回 5,400円/1日2回 9,000円/1日3回以上 (同一建物3人以上)
乳幼児・乳児加算	1日につき	1,500円 (※6に該当する方)

		1, 3 0 0 円（上記以外）
退院時共同指導加算	月 1～2 回	8, 0 0 0 円
特別管理指導加算	月 1～2 回	2, 0 0 0 円
退院支援指導加算	退院日に限る	6, 0 0 0 円
		8, 4 0 0 円（※ 3 に該当し、9 0 分を超えた場合）
在宅患者連携指導加算	月 1 回	3, 0 0 0 円
在宅患者カンファレンス加算	月 2 回まで	2, 0 0 0 円
看護・介護職員連携強化加算	月 1 回	2, 5 0 0 円
専門管理加算	月 1 回	2, 5 0 0 円
情報提供療養費	月 1 回	1, 5 0 0 円
ターミナルケア療養費	月 1 回	2 5, 0 0 0 円（在宅・施設での看取り）
		1 0, 0 0 0 円（施設看取りで、施設が看取り介護加算等を算定している場合）
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）	月 1 回	7 8 0 円
訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）	月 1 回	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）に加え、状況に応じて 1 0 円～5 0 0 円
訪問看護医療 DX 情報活用加算	月 1 回	5 0 円

※ 1 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方

※ 1 - 1 悪性腫瘍患者・気管切開患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、気管カニューレまたは留置カテーテルを使用している状態にある方

※ 1 - 2 自己腹膜灌流・血液透析・酸素療法・中心静脈栄養法・成分栄養経管栄養法・自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸療法・自己疼痛・肺高血圧症患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方、重度の褥瘡（真皮を超える褥瘡）の状態にある方、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している方

※ 2 特掲診療料の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の者または特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方、特別訪問看護指示書の交付を受けている方

※ 3 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方、1 5 歳未満の超重症児・準超重症児、特別訪問看護指示書の交付を受けている方

※ 4 看護師等（看護師・保健師・助産師・理学療法士・作業療法士・言語療法士）

※ 5 その他職員（看護師等・看護補助者）

※ 6 超重症児または準超重症児、特掲診療料の施設基準等・別表七に該当する疾病等の小児、特掲診療料の施設基準等・別表八に該当する小児

【医療保険】 24 時間対応体制加算算定の同意

いずれかに○をつけてください。

24 時間対応体制加算を 利用する ・ 利用しない

6－1－2　＜精神科訪問看護基本療養費＞		医療保険	
		週 3 回まで	週 4 回目以降　※1
基本療養費Ⅰ（30分以上）	看護師、 作業療法士	5，550円／日	6，550円／日
基本療養費Ⅰ（30分未満）		4，250円／日	5，550円／日
基本療養費Ⅱ（30分以上） 同一建物内の3人以上に、同一日に訪問	看護師、 作業療法士	2，780円／日	3，280円／日
基本療養費Ⅱ（30分未満） 同一建物内の3人以上に、同一日に訪問		2，130円／日	2，550円／日
基本療養費Ⅲ　入院中の外泊時の訪問		8，500円／日	

※1 特掲診療料の施設基準等・別表第七に掲げる疾病等の者または特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方、精神科特別訪問看護指示書の交付を受けている方は週4日以上との訪問が可能です。

6－1－2 ＜精神科訪問看護管理療養費＞		医療保険
月	イ・機能強化型訪問看護療養費1	13, 230円
の	ロ・機能強化型訪問看護療養費2	10, 030円
初	ハ・機能強化型訪問看護療養費3	8, 700円
日	ニ・イからハまで以外の場合	7, 670円
2 日目以降		3, 000円/日

6－1－2 ＜加算＞		医療保険
24 時間対応体制加算	月 1 回	6, 800円
特別管理加算 ※1	月 1 回	5, 000円
		2, 500円
精神科緊急訪問看護加算	1 日 1 回	2, 650円（月の14日目まで）
		2, 000円（月の15日目以降）
夜間・早朝加算	1 回につき	2, 100円
深夜加算	1 回につき	4, 200円
精神科複数回訪問加算	1 日 2 回まで	4, 500円（同一建物2人まで）

		4, 0 0 0 円（同一建物 3 人以上）
	1 日 3 回以上	8, 0 0 0 円（同一建物 2 人まで）
		7, 2 0 0 円（同一建物 3 人以上）
長時間精神科訪問看護加算 ※ 2	週 1 回	5, 2 0 0 円
複数名精神科訪問看護加算 （看護師+看護師等 ※ 3）	回数制限なし	4, 5 0 0 円／1 日 1 回 9, 0 0 0 円／1 日 2 回 1 4, 5 0 0 円／1 日 3 回以上 （同一建物 2 人まで）
		4, 0 0 0 円／1 日 1 回 8, 1 0 0 円／1 日 2 回 1 3, 0 0 0 円／1 日 3 回以上 （同一建物 3 人まで）
複数名精神科訪問看護加算 （看護師+看護補助者または 精神保健福祉士）	週 1 回	3, 0 0 0 円／日（同一建物 2 人まで）
		2, 7 0 0 円／日（同一建物 3 人以上）
退院時共同指導加算	月 1～2 回	8, 0 0 0 円
特別管理指導加算	月 1～2 回	2, 0 0 0 円
退院支援指導加算	退院日に限る	6, 0 0 0 円
		8, 4 0 0 円（※ 2 に該当し、9 0 分を超えた場合）
在宅患者連携指導加算	月 1 回	3, 0 0 0 円
在宅患者カンファレンス加算	月 2 回まで	2, 0 0 0 円
精神科重症患者支援管理連携 加算	月 1 回	8, 4 0 0 円（医療機関で精神科在宅患者支援管理料 2 のイを算定している場合）
		5, 8 0 0 円（医療機関で精神科在宅患者支援管理料 2 のロを算定している場合）
看護・介護職員連携強化加算	月 1 回	2, 5 0 0 円
専門管理加算	月 1 回	2, 5 0 0 円
情報提供療養費	月 1 回	1, 5 0 0 円
ターミナルケア療養費	月 1 回	2 5, 0 0 0 円（在宅・施設での看取り）
		1 0, 0 0 0 円（施設看取りで、施設が看取り介護加 算等を算定している場合）
訪問看護ベースアップ評価料 （Ⅰ）	月 1 回	7 8 0 円
訪問看護ベースアップ評価料 （Ⅱ）	月 1 回	訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）に加え、 状況に応じて 1 0 円～5 0 0 円
訪問看護医療 DX 情報活用加 算	月 1 回	5 0 円

※1 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方

※1-1 悪性腫瘍患者・気管切開患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、気管カニューレまたは留置カテーテルを使用している状態にある方

※1-2 自己腹膜灌流・血液透析・酸素療法・中心静脈栄養法・成分栄養経管栄養法・自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸療法・自己疼痛・肺高血圧症患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方、重度の褥瘡（真皮を超える褥瘡）の状態にある方、在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している方

※2 特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者に該当する方、15歳未満の超重症児・準超重症児、精神科特別訪問看護指示書の交付を受けている方

※3 看護師等（看護師等・保健師・作業療法士）

【医療保険（精神科）】24時間対応体制加算算定の同意

いずれかに○をつけてください。

24時間対応体制加算を 利用する ・ 利用しない

6-1-3 <保険適応外サービス・料金>

医療保険

訪問看護サービスのほか、医療保険でカバーできない内容については自由契約でサービスを行います。また、訪問看護サービス・保険適応外サービスともに、訪問毎に交通費が別途かかります。

<保険適応外サービス>

通院支援	医療機関への通院にご自宅から看護師が同行し、診察にも付き添います
外出支援	入院中や入所中の外出に同行します
退院時支援	退院時の病院からご自宅までの付き添い、退院当日の在宅療養支援を行います
看取り支援	エンゼルケア（死後の処置）
留守番	介護者の方の外出等での留守時に、療養者の方の見守りをいたします

<保険適応外料金>

基本料金（90分以上の訪問看護、保険適応外サービスを行った時間に応じて） ※15分単位でのご請求	9時～18時	8,000円/時間
	18時～22時	10,000円/時間
	22時～翌9時	12,000円/時間
休日加算（営業日以外で、訪問看護または保険適応外サービスを希望の場合）	3,000円/回	
エンゼルケア	20,000円	
	5km未満	400円/回

交通費（ステーションの車での訪問・移動）	5 km 以上 10 km 未満	600円／回
	10 km 以上	950円／回
交通費（その他交通機関での訪問・移動）	実費	

※厚生労働大臣が定める疾病等の利用者（基準告示第2の1に規定する特掲診療料の施設基準等・別表七、八）に該当しない方、特別訪問看護指示書の交付を受けていない方で、週4日以上を希望される場合、週4日目以降の訪問看護については保険適応外となります。

※特別管理加算に該当しない方、特別訪問看護指示書の交付を受けていない方で、90分以上の訪問看護を行った場合、または、週2回以上90分以上の訪問看護を行った場合、超過分は保険適応外となります。

6-2 利用料金 介護保険

- 訪問看護を提供した場合の利用料は介護保険法に基づく本人負担分を徴収します。介護保険でのサービス提供にあたって交通費は無料ですが、サービス提供地域を超え訪問する場合は交通費をいただきます。
- 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

6-2-1 <要介護 訪問看護費> 介護保険

	単位数	利用者負担		
		1割	2割	3割
20分未満	314	349円	698円	1,047円
30分未満	471	524円	1,047円	1,571円
30分以上60分未満	823	915円	1,830円	2,745円
60分以上90分未満	1,128	1,254円	2,509円	3,763円
理学療法士等による リハビリ（20分につき）	294	327円	657円	981円
理学療法士等による リハビリ（1日3回以上）（20分につき）	265	294円	589円	884円

※早朝（6：00～8：00）・夜間（18：00～22：00）は25%増し、深夜（22：00～翌6：00）は50%増しになります。

6-2-1 <要介護 加算> 介護保険

		利用者負担			
		単位数	1 割	2 割	3 割
緊急時訪問看護 加算（Ⅰ）	月 1 回	6 0 0	6 6 8 円	1, 3 3 5 円	2, 0 0 2 円
緊急時訪問看護 加算（Ⅱ）	月 1 回	5 7 4	6 3 8 円	1, 2 7 6 円	1, 9 1 4 円
特別管理加算Ⅰ ※ 1	月 1 回	5 0 0	5 5 6 円	1, 1 1 2 円	1, 6 6 8 円
特別管理加算Ⅱ ※ 2	月 1 回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
複数名訪問看護 加算Ⅰ（複数の看護 師等で訪問）	3 0 分 未満／ 回	2 5 4	2 8 3 円	5 6 5 円	8 4 8 円
複数名訪問看護 加算Ⅰ（複数の看護 師等で訪問）	3 0 分 以上／ 回	4 0 2	4 4 7 円	8 9 4 円	1, 3 4 2 円
複数名訪問看護 加算Ⅱ（看護師＋ 看護補助者で訪問）	3 0 分 未満／ 回	2 0 1	2 2 4 円	4 4 7 円	6 7 1 円
複数名訪問看護 加算Ⅱ（看護師＋ 看護補助者で訪問）	3 0 分 以上／ 回	3 1 7	3 5 3 円	7 0 5 円	1, 0 5 8 円
長時間訪問加算	適応時	3 0 0	3 3 4 円	6 6 8 円	1, 0 0 1 円
初回加算（Ⅰ）	1 回	3 5 0	3 9 0 円	7 7 9 円	1, 1 6 8 円
初回加算（Ⅱ）	1 回	3 0 0	3 3 4 円	6 6 8 円	1, 0 0 1 円
退院時共同指導 加算	適応時	6 0 0	6 6 8 円	1, 3 3 5 円	2, 0 0 2 円
看護・介護職員 連携強化加算	月 1 回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
看護体制強化 加算Ⅰ	月 1 回	5 5 0	6 1 2 円	1, 2 2 4 円	1, 8 3 5 円
看護体制強化 加算Ⅱ	月 1 回	2 0 0	2 2 3 円	4 4 5 円	6 6 8 円
専門管理加算	月 1 回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
口腔連携強化加 算	月 1 回	5 0	5 6 円	1 1 2 円	1 6 7 円
サービス提供 体制強化加算Ⅰ	1 回に つき	6	7 円	1 4 円	2 0 円

サービス提供 体制強化加算Ⅱ	1回につき	3	4円	7円	10円
ターミナルケア 加算	適応時	2,500	2,780円	5,560円	8,340円

※1 悪性腫瘍患者・気管切開患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、気管カニューレまたは留置カテーテルを使用している状態にある方

※2 自己腹膜灌流・血液透析・酸素療法・中心静脈栄養法・成分栄養経管栄養法・自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸療法・自己疼痛・肺高血圧症患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方、重度の褥瘡（真皮を超える褥瘡）の状態にある方、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた方

【介護保険（要介護）】緊急時訪問看護加算算定の同意

いずれかに○をつけてください。

緊急時訪問看護加算を 利用する ・ 利用しない

6-2-2 <要支援 訪問看護費>			介護保険		
	単位数	利用者負担			
		1割	2割	3割	
20分未満	303	337円	674円	1,011円	
30分未満	451	502円	1,003円	1,505円	
30分以上60分未満	794	883円	1,766円	2,649円	
60分以上90分未満	1,090	1,212円	2,424円	3,636円	
理学療法士等による リハビリ（20分につき）	284	316円	632円	948円	
理学療法士等による リハビリ（1日3回以上） （20分につき）	142	158円	316円	474円	
理学療法士等の訪問回数 が超過している場合の減算 （1回につき）	-8	-8円	-17円	-26円	
理学療法士等が12月を 超えて訪問看護を行う場合 の減算（訪問回数が超過 している場合）（1回につき）	-15	-16円	-33円	-50円	

理学療法士等が12月を超えて訪問看護を行う場合の減算（1回につき）	- 5	- 5 円	- 1 1 円	- 1 7 円
-----------------------------------	-----	-------	---------	---------

※早朝（6：00～8：00）・夜間（18：00～22：00）は25%増し、深夜（22：00～翌6：00）は50%増しになります。

6－2－2 <要支援 加算>	介護保険
----------------	------

		利用者負担			
		単位数	1 割	2 割	3 割
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）	月1回	6 0 0	6 6 8 円	1, 3 3 5 円	2, 0 0 2 円
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	月1回	5 7 4	6 3 8 円	1, 2 7 6 円	1, 9 1 4 円
特別管理加算Ⅰ ※1	月1回	5 0 0	5 5 6 円	1, 1 1 2 円	1, 6 6 8 円
特別管理加算Ⅱ ※2	月1回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
複数名訪問看護加算Ⅰ（複数の看護師等で訪問）	30分未満／回	2 5 4	2 8 3 円	5 6 5 円	8 4 8 円
複数名訪問看護加算Ⅰ（複数の看護師等で訪問）	30分以上／回	4 0 2	4 4 7 円	8 9 4 円	1, 3 4 2 円
複数名訪問看護加算Ⅱ（看護師＋看護補助者で訪問）	30分未満／回	2 0 1	2 2 4 円	4 4 7 円	6 7 1 円
複数名訪問看護加算Ⅱ（看護師＋看護補助者で訪問）	30分以上／回	3 1 7	3 5 3 円	7 0 5 円	1, 0 5 8 円
長時間訪問加算	適応時	3 0 0	3 3 4 円	6 6 8 円	1, 0 0 1 円
初回加算（Ⅰ）	1回	3 5 0	3 9 0 円	7 7 9 円	1, 1 6 8 円
初回加算（Ⅱ）	1回	3 0 0	3 3 4 円	6 6 8 円	1, 0 0 1 円
退院時共同指導加算	適応時	6 0 0	6 6 8 円	1, 3 3 5 円	2, 0 0 2 円
看護・介護職連携強化加算	月1回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
看護体制強化加算	月1回	1 0 0	1 1 2 円	2 2 3 円	3 3 4 円

専門管理加算	月 1 回	2 5 0	2 7 8 円	5 5 6 円	8 3 4 円
口腔連携強化加算	月 1 回	5 0	5 6 円	1 1 2 円	1 6 7 円
サービス提供体制強化加算Ⅰ	1 回につき	6	7 円	1 4 円	2 0 円
サービス提供体制強化加算Ⅱ	1 回につき	3	4 円	7 円	1 0 円

※1 悪性腫瘍患者・気管切開患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、気管カニューレまたは留置カテーテルを使用している状態にある方

※2 自己腹膜灌流・血液透析・酸素療法・中心静脈栄養法・成分栄養経管栄養法・自己導尿・人工呼吸・持続陽圧呼吸療法・自己疼痛・肺高血圧症患者で医師より指導管理を受けている状態にある方、人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方、重度の褥瘡（真皮を超える褥瘡）の状態にある方、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた方

【介護保険（要支援）】緊急時訪問看護加算算定の同意

いずれかに○をつけてください。

緊急時訪問看護加算を 利用する ・ 利用しない

6-2-3 <保険適応外サービス・料金>

介護保険

訪問看護サービスのほか、介護保険でカバーできない内容については自由契約でサービスを行います。保険適応外サービス提供時には交通費が別途かかります。

<保険適応外サービス>

通院支援	医療機関への通院にご自宅から看護師が同行し、診察にも付き添います
外出支援	入院中や入所中の外出に同行します
退院時支援	退院時の病院からご自宅までの付き添い、退院当日の在宅療養支援を行います
看取り支援	エンゼルケア（死後の処置）
留守番	介護者の方の外出等での留守時に、療養者の方の見守りをいたします

<保険適応外料金>

基本料金（90 分以上の訪問看護、保険適応外サービスを行った時間に応じて） ※15分単位でのご請求	9 時 ～ 1 8 時	8, 0 0 0 円／時間
	1 8 時 ～ 2 2 時	1 0, 0 0 0 円／時間
	2 2 時 ～ 翌 9 時	1 2, 0 0 0 円／時間

休日加算（営業日以外で、保険適応外サービスを希望の場合）	3, 0 0 0 円/回
エンゼルケア	2 0, 0 0 0 円
交通費（ステーションの車での訪問・移動、サービス提供地域以外での訪問を希望の場合）	サービス提供地域（通常の事業の実施地域）を超えたところから、1km 毎に片道 100 円
交通費（その他交通機関での訪問・移動）	実費

※区分限度額を超えて訪問看護を利用したい場合、超過分は保険適応外となります。

※特別管理加算に該当しない方や居宅サービス計画（ケアプラン）に長時間訪問看護加算が含まれていない方で、90分以上の訪問看護を行った場合、超過分は保険適応外となります。

7 緊急時・事故時の対応

1. 事業者は、サービス提供に際して利用者のけがや体調の急変があった場合には、医師や家族への連絡、その他適切な措置を迅速に行います。
2. 事業者は、サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意又は過失によらないときは、この限りではありません。

8 サービスの中止

1. サービスの利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先：045－873－6122 連絡時間：9：00～18：00（月曜～金曜）
2. 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。当日のキャンセルは損害額に相当する金額を請求させていただきますので、ご了承ください。（ただし、利用者の体調の急変、急な入院等やむを得ない事由がある場合は、請求いたしません。）
3. 前項のキャンセル費の支払いについて、この文書で同意を得るものとします。

9 秘密保持

1. 事業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密については、利用者又は第三者の生命身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除き、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
2. 事業者は、文書により利用者又はその家族の同意を得た場合には、関連事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を用いることができるものとします。
3. 個人情報の取り扱いについては、別紙「個人情報使用について」の通りとします。
4. 前項の個人情報の取り扱いについて、この文書で同意を得るものとします。

10 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施なし

1 1 相談窓口・苦情対応

1. 利用者は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、介護支援専門員、市町村又は横浜市医療安全支援センターに対して、いつでも苦情を申し出ることができます。
2. 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにし、苦情の申し出又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
3. 事業者は、利用者が苦情申し出等を行ったことを理由として、何らの不利益な取扱いもいたしません。

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

弊社相談窓口	電話番号	0 4 5 - 8 7 3 - 6 1 2 2
	責任者	飯島 美佳
	対応時間	9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

公的機関においても、相談・苦情申告等ができます。

横浜市 はまふくコール (横浜市苦情相談コール センター)	所在地	横浜市中区本町 6 - 5 0 - 1 0
	電話番号	0 4 5 - 2 6 3 - 8 0 8 4
	対応時間	9 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0
泉区役所 (高齢・障害支 援課)	所在地	横浜市泉区和泉町 5 - 1 - 1
	電話番号	0 4 5 - 8 0 0 - 2 4 3 0
	対応時間	8 : 4 5 ~ 1 7 : 0 0
戸塚区役所 (高齢・障害 支援課)	所在地	横浜市戸塚区戸塚町 1 6 - 1 7
	電話番号	0 4 5 - 8 6 6 - 8 4 2 9
	対応時間	8 : 4 5 ~ 1 7 : 0 0
横浜市医療安全支援 センター	電話番号	0 4 5 - 6 7 1 - 3 5 0 0
	対応時間	9 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5
横浜市介護事業指導課	所在地	横浜市中区本町 6 - 5 0 - 1 0
	電話番号	0 4 5 - 6 7 1 - 2 3 5 6
	対応時間	8 : 4 5 ~ 1 7 : 1 5
神奈川県国民健康保険団 体連合会 介護保険課介護苦情係	所在地	横浜市西区楠木町 2 7 - 1
	電話番号	0 4 5 - 3 2 9 - 3 4 4 7
	ナビダイヤル	0 5 7 0 - 0 2 2 - 1 1 0
	対応時間	8 : 3 0 ~ 1 7 : 1 5

※サービス提供地域以外でサービスご利用の方は、お住まいの地域の公的機関（区役所・市役所等）にご相談ください。

1 2 身体拘束等に関する事項

1. 利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行わないものとします。
2. やむを得ず身体拘束等を行う場合、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け、同意し、交付を受けました。

年 月 日

(事業者)

所在地：横浜市泉区中田東1丁目6-1 プラザエテルノ203号室

事業者名：えがおナースケアステーション 管理者：飯島 美佳

電 話：045-873-6122

(利用者)

住 所：

氏 名：

電 話：

(家族 続柄：)

住 所：

氏 名：

電 話：

上記代理人（代理人を選任した場合）

住 所：

氏 名：

電 話：

代理人への委任事項

1. 健康保険法に基づく訪問看護サービスの契約の締結に関すること
2. 上記に付随するその他の行為に関すること

以下、余白