訪問看護、介護予防訪問看護　重要事項説明書

＜２０２５年１１月１日現在＞

１ 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社　ウェルフォースアソシエイト
代　表　者　名	代表取締役　畑邊　淳一
所在地・連絡先	（住所）　〒273-0044 千葉県船橋市行田1-26-31-104 （電話）　047-407-2813 （FAX）　047-407-2823

２ 事業所の概要

⑴　事業所名称及び事業所番号

事業所名	ウェルフォース訪問看護ステーション船橋
所在地・連絡先	（住所）　〒273-0044 千葉県船橋市行田1-26-31-104 （電話）　047-407-2813 （FAX）　047-407-2823
事業所番号	１２６２８９０８１２
管理者の氏名	柴田　亜希

⑵　事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分		職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者	1	1	0	事業所の従業者及び業務の管理
看護職員	4	4	0	病状観察、看護、自立支援の援助
理学療法士	3	3	0	療法による生活動作の自立支援
作業療法士	1	0	1	療法による生活動作の自立支援
言語聴覚士	0	0	0	療法による生活動作の自立支援

⑶　通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	船橋市、事業所所在地より５㎞以内の地域

⑷　営業日・営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日	９：００～１８：００

営業しない日	土・日・祝日、12/30-1/3、緊急時は随時対応
24時間緊急時体制	休日および時間外は、緊急時専用電話番号への連絡

⑸夜間および緊急時連絡先（別途：緊急時訪問看護利用契約をお申込のお客様）

０４７－４０７－１４０７

注）夜間・緊急時連絡の際、直ちに電話で受電出来ない場合もございます。
（他での訪問看護対応中や通話中など）
その際は、留守番電話に内容を残していただき確認後、できる限り速やかな折り返しができるよう対応致します。

注）緊急訪問でお伺いする際には、３０分～１時間程度お時間をいただく場合がございます。

注）お電話の際は、必ず番号通知にておかけください。

３ サービスの内容 及び訪問看護指示

1	病状の観察・評価、及び主治医への報告、血圧・脈拍・体温等のチェック。
2	高齢者・脳卒中・呼吸・嚥下・神経難病・小児等の専門的なリハビリテーション
3	日常生活の援助・ご相談、看護師による入浴・洗髪・食事・清拭・排泄・移動等の生活援助、介護についてのご相談
4	医療処置（医師の指示による傷の手当てやカテーテル等の管理）
5	生活環境のご相談、家屋環境調整（改修）の検討・福祉用具等のご相談

訪問看護（理学療法士による訪問等含む）の指示

訪問看護の提供は主治医によるものでその内容については書面（訪問看護指示書）で指示されます。お客様には下記の内容についてご理解、ご協力いただきます。

○定期的な主治医の診察を受けること

○訪問看護の利用について新規や継続の際、訪問看護指示書作成に関して主治医に依頼すること。

○訪問看護指示書の作成に係る書類作成料の窓口負担についてはお客様負担となること。

○当事業所より直接訪問看護指示書の依頼をした場合についても、窓口負担分はお客様負担となること。

○理学療法士等の訪問については、看護業務の一環であり看護師の代わりに理学療法士等が訪問しているということ。また、お客様への訪問が理学療法士等中心の訪問である場合でも看護師との連携をはかり訪問看護計画書および報告書の作成が必要となるため、当ステーション看護師が状態状況観察のため定期的に訪問をおこなうこと。

○当事業所の訪問は、訪問職員の担当制による訪問は行っていないこと。利用者様の状態について様々な職員の視点から状態把握をおこないより良いサービスを提供していく事を目的とし複数名の職員がいつでも訪問対応できる体制であること。また、訪問時複数名の職員でご自宅等へお伺いすることもあること。

4 費用

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の1割がお客様の負担額となります。お客様の収入状況によっては2割・3割負担の場合もございます。

【料　金　表】

○看護師、准看護師による訪問看護

（訪問看護）：看護師　　※准看護師による訪問は下記金額の90/100となります

サービスの内容（提供時間）	サービス利用料金	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
20分未満	3,403円	341円	681円	1,021円
30分未満	5,105円	511円	1,021円	1,532円
30分以上1時間未満	8,921円	893円	1,785円	2,677円
1時間以上1時間30分未満	12,227円	1,223円	2,446円	3,669円

（予防訪問看護）：看護師　※准看護師による訪問は下記金額の90/100となります

サービスの内容（提供時間）	サービス利用料金	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
20分未満	3,284円	329円	657円	986円
30分未満	4,888円	489円	978円	1,467円
30分以上1時間未満	8,606円	861円	1,722円	2,582円
1時間以上1時間30分未満	11,815円	1,182円	2,363円	3,545円

○理学療法士・作業療法士・言語聴覚士等による訪問看護

（訪問看護）

サービスの内容（提供時間）	サービス利用料金	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
20分	3,186円	319円	638円	956円
40分	6,373円	638円	1,275円	1,912円
60分	8,617円	862円	1,724円	2,586円

（予防訪問看護）

サービスの内容（提供時間）	サービス利用料金	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
20分	3,078円	308円	616円	924円

40分	6,157円	616円	1,232円	1,848円

※理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が行う訪問看護は、1週間あたりの上限が計120分となります。

○定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携する場合

要介護度	サービス利用料金/月	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
要介護１	32,097円	3,210円	6,420円	9,630円
要介護２	32,097円	3,210円	6,420円	9,630円
要介護３	32,097円	3,210円	6,420円	9,630円
要介護４	32,097円	3,210円	6,420円	9,630円
要介護５	40,769円	4,077円	8,154円	12,231円

○月途中での利用開始の場合は日割計算となります。（利用料金/日×利用日数）

要介護度	サービス利用料金/日	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）
要介護１	1,051円	106円	211円	316円
要介護２	1,051円	106円	211円	316円
要介護３	1,051円	106円	211円	316円
要介護４	1,051円	106円	211円	316円
要介護５	1,344円	135円	269円	404円

（加算）

内　　容	サービス利用料金	お客様負担額（1割）	お客様負担額（2割）	お客様負担額（3割）	算定回数等
初回加算（Ⅰ）	3,794円	380円	759円	1,139円	初回のみ 退院日当日
初回加算（Ⅱ）	3,252円	326円	651円	976円	初回のみ 退院日以外
退院時共同指導加算	6,504円	651円	1,301円	1,952円	1回あたり
複数名訪問看護加算	2,753円	276円	551円	826円	1回あたり（30分未満） 看護職員
	4,357円	436円	872円	1,308円	1回あたり（30分以上） 看護職員
	2,178円	218円	436円	654円	1回あたり（30分未満）

					看護補助者
	3,436円	344円	688円	1,031円	1回あたり（30分以上） 看護補助者
緊急時訪問看護加算（Ⅰ）（介護予防含む）	6,504円	651円	1,301円	1,952円	1月に1回算定
緊急時訪問看護加算（Ⅱ）（介護予防含む）	6,222円	623円	1,245円	1,867円	1月に1回算定
特別管理加算Ⅰ（介護予防含む）	5,420円	542円	1,084円	1,626円	1月に1回算定 該当者のみ
特別管理加算Ⅱ（介護予防含む）	2,710円	271円	542円	813円	1月に1回算定 該当者のみ
長時間訪問看護加算	3,252円	326円	651円	976円	特別管理加算対象の方で1時間30分以上の場合
ターミナルケア加算	27,100円	2,710円	5,420円	8,130円	亡くなった日および亡くなる前14日以内にケア実施
看護・介護職員連携強化加算	2,710円	271円	542円	813円	24時間体制の事業所 1月に1回算定
専門管理加算	2,710円	271円	542円	813円	専門の研修を受けた看護師 1月に1回算定
口腔連携強化加算	542円	55円	109円	163円	歯科医師と連携　1月1回
看護体制強化加算Ⅰ	5,962円	597円	1,193円	1,789円	事業所の条件が該当場合
看護体制強化加算Ⅱ	2,168円	217円	434円	651円	事業所の条件が該当場合
予防看護体制強化加算	1,084円	109円	217円	326円	事業所の条件が該当場合
(予防)訪問看護サービス提供体制加算Ⅰ	65円	7円	13円	20円	事業所の条件が該当場合 ケア1回につき
(予防)訪問看護サービス提供体制加算Ⅱ	32円	4円	7円	10円	事業所の条件が該当場合 1月に1回算定

○サービス提供時間帯による加算

以下の時間帯にサービスを提供した場合、１回の訪問看護につき、以下の付加料金を基本料金に加算します。

・夜間（午後　６時から午後１０時）：　上記金額の２５％

・早朝（午前　６時から午前８時）　：　上記金額の２５％

・深夜（午後１０時から午前６時）　：　上記金額の５０％

（2）医療保険給付対象サービス

医療保険：基本料金（基本療養費と管理療養費の合計金額となっています）

	月の初日	月の２日目以降		理学療法士、作業療法士または言語聴覚士
		週３日目の訪問まで	週４日目の訪問以降	
法定料金	13,220円	8,550円	9,550円	8,550円
自己負担額（１割負担）	1,320円	860円	960円	860円
自己負担額（２割負担）	2,640円	1,710円	1,910円	1,710円
自己負担額（３割負担）	3,970円	2,570円	2,870円	2,570円

精神科訪問看護：基本料金（基本療養費と管理療養費の合計金額となっています）

	月初日		月の２日目以降		准看護師訪問による減算
	30分以上	30分未満	30分以上	30分未満	
法定料金	13,220円	11,920円	8,550円	7,250円	
自己負担額（１割負担）	1,320円	1,190円	860円	730円	30分以上：-50円 30分未満：-40円
自己負担額（２割負担）	2,640円	2,380円	1,710円	1,450円	30分以上：-100円 30分未満：-80円
自己負担額（３割負担）	3,970円	3,580円	2,570円	2,180円	30分以上：-150円 30分未満：-110円

（加算）

内　　容	サービス利用料金	お客様負担額(1割)	お客様負担額(2割)	お客様負担額(3割)	算定回数等
24時間対応体制加算	6,800円	680円	1,360円	2,040円	1月に一度算定
特別管理加算	2,500円	250円	500円	750円	状態に応じて1月に一度算定
	5,000円	500円	1,000円	1,500円	状態に応じて1月に一度算定

退院時共同指導加算	8,000円	800円	1,600円	2,400円	退院・退所時の指導
特別管理指導加算	2,000円	200円	400円	600円	特別管理加算対象の方の退院・退所指導
退院支援指導加算	6,000円 8,400円※1	600円 840円	1,200円 1,680円	1,800円 2,520円	退院日の訪問看護による療養指導 ※90分以上
乳幼児/幼児加算	1,300円※1 1,800円※2	130円 180円	260円 360円	390円 540円	※1通常算定 ※2大臣が定める疾患
長時間訪問看護加算	5,200円	520円	1,040円	1,560円	90分を超える場合
難病等（精神科） 複数回訪問加算	4,500円	450円	900円	1,350円	2回まで
	8,000円	800円	1,600円	2,400円	3回以上
複数名訪問看護加算	4,500円	450円	900円	1,350円	看護師等
	3,800円	380円	760円	1,140円	准看護師
	3,000円	300円	600円	900円	看護補助職員
	6,000円	600円	1,200円	1,800円	1日2回 看護補助
	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円	1日3回以上 看護補助
複数名精神科訪問看護加算（看護師、作業療法士等）	4,500円	450円	900円	1,350円	1回
	9,000円	900円	1,800円	2,700円	1日2回
	14,500円	1,450円	2,900円	4,350円	1日3回以上
複数名精神科訪問看護加算（看護師、准看護師）	3,800円	380円	760円	1,140円	1回
	7,600円	760円	1,520円	2,280円	1日2回
	12,400円	1,240円	2,480円	3,720円	1日3回以上
複数名精神科訪問看護加算（看護補助者等）	3,000円	300円	600円	900円	1日/週1日を限度
在宅患者連携指導加算	3,000円	300円	600円	900円	1月に1回算定

看護・介護職員連携強化加算	2,500円	250円	500円	750円	1月に1回算定
緊急訪問看護加算イ（精神科含む）	2,650円	265円	530円	795円	診療所指示1日に1回算定月14日目まで
緊急訪問看護加算ロ（精神科含む）	2,000円	200円	400円	600円	診療所指示1日に1回算定月15日以降
訪問看護医療DX情報活用加算	50円	10円	10円	20円	月1回算定
在宅患者緊急時カンファレンス加算	2,000円	200円	400円	600円	保険医の求めによる開催1月に2回まで算定可
訪問看護情報提供療養費	1,500円	150円	300円	450円	市町村・学校・医療機関
ターミナルケア療養費	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円	在宅にてターミナルケアを行った場合
精神科重症患者支援管理加算	8,400円	840円	1,680円	2,520円	対象の方

○サービス提供時間帯による加算

	午後6時～午後10時	午後10時～午前6時	午前6時～午前8時
法定料金	2,100円	4,200円	2,100円
自己負担額（１割負担）	210円	420円	210円
自己負担額（２割負担）	420円	840円	420円
自己負担額（３割負担）	630円	1,260円	630円

（3）その他の料金

当事業者の都合によらず以下の料金が発生する場合、その料金については別途ご負担頂きます。介護保険、医療保険において負担金の発生がないお客様についてもご負担いただく料金となります。

○限度額、又は法令による回数制限を超えて提供された訪問看護料金

訪問看護サービスの一部が、要介護区分ごとの利用限度額、又は法令による回数制限を超えて提供された場合、その超えた合計単位数、又は合計回数に応じた法定料金相当分をご負担いただきます。

○提供時間差額料金

連続して提供された提供時間、あるいは複数回提供された訪問看護サービスの合計提供時間が、当事業者の都合によらず、1 時間 30 分を超える場合については、別途料金を負担頂きます。

①介護保険の場合、1 時間 30 分を超過した合計提供時間に応じた法定料金相当分を負担頂きます。

②医療保険適用で、長時間訪問看護が適用されない場合、1 時間 30 分を超過した時間に応じて 1 回（30 分）あたり 4,000 円（税別）を負担頂きます。

○実費相当の料金

① 日常生活上必要とされる物品代

② 死後の処置にかかる料金「 12,000 円（税別） 」

③ キャンセル料金

サービス前日のキャンセル 無料

サービス当日のキャンセル 2,000 円（税別）

④ 自費サービス料金

介護保険のサービス内容利用料金を自費サービス料金額とし、その１０割分の金額（税別）をご負担いただきます。

⑤ 駐車場代

ご訪問先に駐車場がなくコインパーキングを利用する場合で 1 日の訪問回数が複数回にわたる場合は、2 回目以降の駐車場代は利用者様へご負担いただきます。

○医療保険による場合の保険適用外料金（上記外）

医療保険費用請求不可の訪問看護/平日・土日祝：1 時間未満「9：00-18：00」/1 回/8,550 円（税別）

また、1 時間を超える場合は３０分ごとに 5,000 円（税別）の追加料金となります。

※上記外時間での付加料金

夜間 18：00-22：00	3,000 円（税別）
深夜 22：00-06：00	5,000 円（税別）
早朝 06：00-08：00	3,000 円（税別）
衛生材料等	実費相当額

○営業日外訪問看護サービス

・12 月 30～1 月 3 日

通常の算定費用（算定対象利用者様）と 1 回訪問あたり 9,000 円（税別）

５　利用料等のお支払方法

利用料のお支払いについては原則銀行口座引落にて対応いただきます。

（口座引落）

毎月２６日（土日祝の場合は翌営業日）にお客様の指定された銀行口座より引落致します。但し、引落申込手続きタイミングによっては、初月はお振込みにて対応いただく場合がございますので予めご了承くださいませ。

振替口座については、お客様の入出金管理を行っている主たる口座での登録をお願い致します。

６　サービスの開始、休止、終了

①開始

・介護保険適用のご利用者

新規依頼申込書、訪問看護指示書、サービス提供表、居宅サービス計画書、介護保険証の写しが全てそろい、当事業者との契約締結がなされた後の開始となります。

・医療保険適用のご利用者

新規依頼申込書、訪問看護指示書、健康保険被保険者証（又は後期高齢者医療被保険者証）の写しが全てそろい、当事業者との契約締結がなされた後の開始となります。

・上記以外

新規依頼申込書、訪問看護指示書の両方がそろい、当事業者との契約締結がなされた後のサービス開始となります。

②休止

下記の場合、訪問を休止とさせていただき現状の訪問曜日・時間・訪問職員予定を一旦解除させていただきます。再開始時には、改めて新しく決定させていただきます。

○サービスの休止につき申し出があった場合

○訪問看護指示書の指示期間が切れた場合

○利用者様都合でのキャンセルが頻回し実施の有用性が認められない場合

○ご利用料金の支払いが２カ月間滞った場合（解除後再開）

○直近のサービス実施日から 14 日が経過し、且つその後７日以内に再開の目途の無い場合

③終了

下記の場合、契約につき終了とさせていただきます。

○ご利用者様より申し出があった場合

○特定施設へ入所、または医療機関に入院し訪問看護の利用ができない場合

○訪問時、サービス提供を阻害する行為、または法令違反をなし、当事業所より改善の申し入れにもかかわらず改善の見込みがない場合

※利用者様、ご家族様からの職員への下記のような事例が頻発し、改善が見込めない場合、民事・刑事事件として取り扱われる事案が発生した場合

(1)身体的暴力

例：ものを投げる、叩く、蹴る等

(2)精神的暴力

例：個人の尊厳や人格や見た目などを言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為、暴言、恫喝、威嚇、脅迫等により恐怖心を与える言動や行為

(3)セクシャルハラスメント

例：意に沿わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的嫌がらせ行為

(4)職員の写真や動画撮影、録音等を無断でおこない、また、それをSNS等に掲載する行為

７　その他サービス提供時のお願い

(1) お伺いする訪問時間に関しては、訪問予定時間を最大１５分程度遅れる場合がございますので、予めご理解ご了承願います。事前ご連絡はございません。（訪問時の交通事情ならびに他の突発的な医療処置対応による訪問時間延長等）

(2) お茶・お菓子・飲食：金銭等のお心付けなどはご遠慮させていただいております。

(3) ペット等を飼育されている皆様には、職員訪問時ゲージに入れていただく、もしくはリードに繋ぐ等のご配慮をお願いしております。

(4) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に事業所、職員本人による同意をうけていただきます。

(5) 訪問中の喫煙についてはご遠慮願います。

８　サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業所相談窓口	窓口責任者　柴田　亜希 ご利用時間　９：００～１８：００ ご利用方法　電話　047-407-2813

その他、当事業者以外にお住まいの市区町村、又は国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口等に苦情を申し立てることが可能です。

９　損害賠償について

訪問看護サービス提供中の容態の変化や、医師による診療が必要となる事故が、当事業者やその訪問職員の過失により発生した、また訪問職員が訪問看護サービスの提供を目的にお客様の居宅を訪問している、あるいは訪問する際に建物や敷地内においてお客様の所有物を破損・汚損した等、ご利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合には速やかにその損害について賠償致します。ただし、当事業者やその訪問職員に過失がない場合にはこの限りではありません。

１０　第三者による評価の実施状況等

第三者による評価の実施　なし　　結果の公表　なし

１１　緊急時及び事故発生時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

尚、病院等への救急搬送、あるいは通院・受診が必要な場合、その付添について当事業者では出来かねる事をご承知願います。

緊急時連絡先（家族等）①	氏　名 （続柄）	（　　）
	住　所	〒
	電話番号	
緊急時連絡先（家族等）②	氏　名 （続柄）	（　　）
	住　所	〒
	電話番号	

利用料の請求書および領収書について

・原則契約者ご本人様にお渡ししますが、何かしらの理由によりご家族ならびに法定代理人に対しお渡しが必要な場合は対応させていただきます。

その際、郵送先については上記（　①　・　②　）にてお願い致します。

上記緊急連絡先に郵送先のご住所・氏名・連絡先をご記入ください。

領収書につきましては、再発行はできませんので予めご了承ください。

当事業者はサービスの提供開始にあたり、お客様に対して重要事項説明書を交付のうえ、訪問看護・介護予防訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明年月日：　　年　　月　　日

事業者　　住　所　　千葉県船橋市行田１-２６-３１-１０４
　　法人名　　株式会社　ウェルフォースアソシエイト
　　事業所名　　ウェルフォース訪問看護ステーション船橋

説明者　　氏 名

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書面を受領しました。

利用者本人　　住 所

氏 名

電 話

（署名・法定）代理人　　住 所

氏 名　　（続柄　　）

電 話

緊急時訪問看護利用申込書兼同意書

ウェルフォース訪問看護ステーション船橋
管理者　殿

年　　月　　日

緊急時の訪問看護を申し込むにあたり実施内容および利用料金、加算料金を確認・同意のうえ申込致します。

利用者本人　　住 所

氏 名

（署名・法定）代理人　　住 所

氏 名　　（続柄　　）