

# 訪問看護ステーショントーマス

## 重要事項説明書 ( 医療保険 )

令和7年8月1日改定

ラリー株式会社

- 経営理念 -

「生きる。」を支える

## 重要事項説明書

### 1 事業所概要

事業所名	訪問看護ステーショントーマス
所在地	愛知県名古屋市緑区潮見が丘二丁目198の1 ユニール潮見が丘103
事業所番号	2361490366 号
管理者連絡先	管理者：藤田 知佐子（ふじた ちさこ） 電話：052-746-3167
サービス提供地域	名古屋市緑区・南区

### 2 事業所の職員体制等

職種	人員（2025年8月現在）	
管理者	1	名
訪問看護師	5	名（常勤 2名：非常勤 3名）
理学療法士	3	名（常勤 2名：非常勤 1名）
作業療法士	0	名（常勤 0名：非常勤 名）
事務職員	2	名（常勤 2名：非常勤 名）

### 3 営業時間

営業日	月曜日～金曜日 ただし、12月30日～1月3日までを除く
営業時間	月曜日～金曜日 午前8時半から午後5時半まで
	※ただし、24時間対応の体制を整えております。

### 4 相談窓口・苦情対応

1 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。

電話	052-746-3167	F A X	052-746-3168
担当者	管理者 藤田 知佐子（ふじた ちさこ）		
受付時間	月曜日～金曜日 午前8時半から午後5時半		
	土、日曜日や時間外は管理者等へ転送します。		

① 相談又は苦情対応について

相談・苦情に対する常設の窓口として、相談員（責任者）が対応しております。又、相談員（責任者）の不在時は、基本的な事項について、各職員が対応できるよう必ず引き継いでおります。

② 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情があった場合には、ただちに相談員（責任者）が相手方に連絡をとり詳しい状況を聞くとともに、訪問看護師からも事情を確認します。  
苦情の内容によっては、当該利用者の介護支援専門員に連絡をとり、利用者宅へ訪問し、必ず具体的な対応（謝罪）を迅速に行い、その記録を台帳に保管し再発防止に努めます。

2 公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

東海北陸厚生局指導監査課	電話 052 - 979 - 7380
愛知県国民健康保険団体連合会	電話 052 - 971 - 4165

## 5 事故発生時の対応

- ① 利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、および利用者に係る介護支援専門員等に連絡を行います。
- ② 利用者に対する訪問看護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。

## 6 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行ない、医師の指示に従います。  
また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏 名	
	医療機関名	
	所 在 地	
	電 話	
緊急連絡先	氏 名	
	続 柄	
	電 話	
	第1連絡先	
	第2連絡先	

## 7 当社の概要

名称・法人種別	ラリー株式会社
代 表 者 名	代表取締役 駒沢 秀明
本 社 所 在 地	愛知県名古屋市緑区潮見が丘二丁目198番の1
電 話 番 号	052 - 746 - 3167

# 訪問看護料金表

令和6年 6月現在

保険単位と基本利用料			
後期高齢者（75歳以上）		1割、現役並み所得者の方は3割	
健康保険	国民健康保険	高齢受給者（70～74歳）	1割、現役並み所得者の方は3割
		一般（70歳未満）	3割（6歳未満は2割）

サービス内容	単価	ご利用料		
		1割負担	2割負担	3割負担

## ■ 訪問看護基本療養費Ⅰ

週3日目まで	看護師、准看護師	5,550	555	1,110	1,665
	理学・作業・言語療法士	5,550	555	1,110	1,665
週4日目以降 ※1	看護師、准看護師	6,550	655	1,310	1,965
	理学・作業・言語療法士	5,550	555	1,110	1,665

## ■ 訪問看護基本療養費Ⅱ（同一建物の居住者）

・同一日2人

週3日目まで	看護師	5,550	555	1,110	1,665
	准看護師	5,050	505	1,010	1,515
週4日目以降 ※1	看護師	6,550	655	1,310	1,965
	准看護師	6,050	605	1,210	1,815

・同一日3人以上

週3日目まで	看護師	2,780	278	556	834
	准看護師	2,530	253	506	759
週4日目以降 ※1	看護師	3,280	328	656	984
	准看護師	3,030	303	606	909
訪問看護基本療養費Ⅲ （入院中に外泊した場合） ※2		8,500	850	1,700	2,550

## ■ 訪問看護管理療養費（1日につき）

月の初日	7,670	767	1,534	2,301
2日目以降	3,000	300	600	900

## ■ 乳幼児加算（6歳未満）

別に厚生労働大臣が定める者に該当する場合	1800	180	360	540
上記以外の場合	1300	130	260	390

## ■ その他加算

24時間対応体制加算（1月につき）		6,800	680	1,360	2,040
特別管理加算 （1月につき）	※4	5,000	500	1,000	1,500
	※5	2,500	250	500	750
難病等複数回訪問 加算	1日2回訪問	4,500	450	900	1,350
	1日3回以上	8,000	800	1,600	2,400
退院時共同指導加算（1月につき）		8,000	800	1,600	2,400
特別管理指導加算対象者は上記料金を加算		2,000	200	400	600
早朝・夜間加算 （6:00～8:00, 18:00～22:00）		2,100	210	420	630
深夜加算（22:00～6:00）		4,200	420	840	1,260
訪問看護医療DX情報活用加算		50	5	10	15

訪問看護料金表

令和6年 6月現在

サービス内容	単価	ご利用料		
		1割負担	2割負担	3割負担

■ 複数名訪問看護加算、同一建物内1人又は2人 ※6

イ 看護師等	／ 週1日	4,500	450	900	1,350
ロ 准看護師の場合	／ 週1日	3,800	380	760	1,140
ハ その他職員	／ 週3日	3,000	300	600	900
ニ その他職員	／ 1回/日	3,000	300	600	900
	／ 2回/日	6,000	600	1,200	1,800
	／ 3回以上/日	10,000	1,000	2,000	3,000

■ 複数名訪問看護加算、同一建物内3人以上 ※6

イ 看護師等	／ 週1日	4,000	400	800	1,200
ロ 准看護師の場合	／ 週1日	3,400	340	680	1,020
ハ その他職員	／ 週3日	2,700	270	540	810
ニ その他職員	／ 1回/日	2,700	270	540	810
	／ 2回/日	5,400	540	1,080	1,620
	／ 3回以上/日	9,000	900	1,800	2,700

長時間訪問看護加算（週1回まで）		5,200	520	1,040	1,560
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
退院支援指導加算		6,000	600	1,200	1,800
在宅患者連携指導加算（1月につき）		3,000	300	600	900
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（1月につき2回）		2,000	200	400	600
訪問看護ターミナルケア療養費		25,000	2,500	5,000	7,500
訪問看護情報提供療養費（1月につき）		1,500	150	300	450
遠隔死亡診断補助加算		1,500	150	300	450

■ 保険外対象サービス（課税）

死後の処置料		20,000		
衛生材料費		実費		
交通費	一時駐車のための料金	実費（※実施地域外を超えた場合）		
	通常の実施地域	無料		
	通常の実施地域以外	実施地域を超えた地点から、片道5km未満	200	
実施地域を超えた地点から、片道5km以上		500		

## 訪問看護料金表

- ※1 厚生労働大臣の定める疾病等  
末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、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度又は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、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態をいう。
- ※2 入院中に1回（※1は2回）に限り算定可能
- ※3 1）特別な管理を必要とする方（※4 ※5） : 1回/週  
2）15歳未満の超重症児・準超重症児 : 2回/週  
3）特別訪問看護指示期間の方 : 1回/週
- ※4 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  
2）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
- ※5 1）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 上記で医師より指導管理を受けている状態にある方  
2）人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある方  
3）重度の褥瘡（真皮を越える褥瘡）の状態にある方  
4）在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している方
- ※6 看護師等（看護師・保健師・助産師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）  
その他職員（看護師等・看護補助者）  
複数名訪問看護加算、複数名訪問看護加算対象者以外の方は保険適用外料金を加算
- ※7 理学療法士等が訪問看護を提供する場合  
看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに訪問させるものである
- ※8 理学・作業・言語療法士を中心とした利用者様  
利用者様の心身状況を把握し、より質の高いサービスを提供していくために、看護師による定期的な訪問をさせていただきます。

この契約を証するため、本書二通を作成し利用者、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するものとします。

契約締結日 令和 年 月 日

利用者	私は、以上の契約の内容及び重要事項・利用料金等について、事業者より説明を受け、内容を確認しました。 私はこの契約書で確認する訪問看護サービスの利用を申し込みます。		
	住所	〒	
	氏名	Ⓜ	
	電話番号		携帯電話

代理人	私は、利用者の契約意思を確認し署名代行致しました。			
	住所	〒		
	氏名	Ⓜ	続柄	
	署名代行の理由			
	電話番号		携帯電話	

事業者	当事業者は、指定訪問看護事業者として、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について利用者へ説明しました。当事業者は、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを、誠実に責任を持って行います。			
	住所	〒 458 - 0037		
		愛知県名古屋市長区潮見が丘二丁目198の1 ユニープル潮見が丘103		
	名称	訪問看護ステーショントーマス		
	代表者	代表取締役 駒沢 秀明	Ⓜ	
	電話番号	052 - 746 - 3167	F A X	052 - 746 - 3168
説明者	藤田 知佐子	Ⓜ		

## 同意書

- 緊急時訪問看護、または24時間対応を申し込みます。  
(申し込みをされる方は、□にレ点をお願いいたします)
- 複数名訪問看護加算について説明を受け、同意します。  
(同意していただける方は、□にレ点をお願いいたします)
- 駐車許可証に氏名・住所を記載し、警察署に提出することについて同意します。  
(同意して頂ける場合は、□にレ点をお願いいたします。なお駐車許可証に関して同意頂けない場合、駐車場を確保して頂くか駐車料金をご負担頂きます)

令和            年            月            日

---

【利用者】

〒

住 所：

---

氏 名：

---

㊞

【家族】または【代理人】(身元引受人および保証人)  
私は、本人の契約意思を確認し署名代行致しました。

署名代行者氏名：

---

㊞

利用者との関係：

---

訪問看護サービスを提供する事業者

ラリー株式会社    訪問看護ステーショントーマス

愛知県名古屋市緑区潮見が丘二丁目198番の1    ユニーブル潮見が丘103