

株式会社ハイメディック
ハイメディック訪問看護ステーション名古屋

重要事項説明書

訪問看護

【医療保険】

2026年6月(第5版)

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	ハイメディック訪問看護ステーション名古屋
所在地	愛知県名古屋市東区主税町4丁目32番地
連絡先	052-979-2386
管理者名	水谷 みき
サービス種類	(介護予防) 訪問看護
介護保険指定番号	2360290403号
サービス提供地域	名古屋市東区、北区

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前9:00 ~ 午後6:00
休日	土・日・国民の祝日・12月29日~1月3日 ※常時24時間、利用者やその家族からの電話等による連絡体制を整備する。

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名	名	1名
看護師	看護師	名	7名	7名
理学療法士	理学療法士	名	3名	3名
作業療法士		名	名	名
言語聴覚士		名	名	名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：052-979-2386

担当者： 管理者 水谷 みき

受付時間： 午前 9:00～午後 6:00 土曜日、日曜日、祝日及び12月30日から1月3日を除く）

受付時間外は転送電話となり、担当者による対応をいたしかねます。

その際は、翌営業日に担当者よりご連絡いたします。

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 当事業所以外の相談・苦情の窓口

① 本社窓口 渉外担当 TEL：03-5354-6081

受付時間： 午前 9:00 ~ 午後 5:00 (平日)

② 名古屋市介護保険課 指導担当 TEL：052-959-3087

受付時間： 午前 8:45 ~ 午後 5:15 (平日)

③ 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護保険課 TEL：052-971-4165

受付時間： 午前 9:00 ~ 午後 5:00 (平日)

4 事業の目的・運営方針

(1) 目的

ハイメディック訪問看護ステーション（以下「事業者」という。）の職員及び業務管理に関する重要事項を定めることにより、事業者の円滑な運営を図るとともに、指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護（以下「訪問看護」という。）の事業（以下「事業」という。）の適正な運営及び利用者に対する適切な訪問看護の提供を確保することを目的とします。

(2) 運営方針

- ・事業者は、訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養ができるよう努めます。
- ・事業者は事業の運営にあたって、必要ときに必要な訪問看護の提供ができるよう努めます。
- ・事業者は事業の運営にあたって、関係市区町村、地域包括支援センター、保健所及び近隣の他の保健・医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供に努めます。

5 利用料金

(1) 利用料金【医療保険】

別紙に記載しております。

(2) エンゼルケア

死後の処置が必要となった際は、処置料として20,000円をいただきます。

(3) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、その実額をお支払いいただきます。また、自動車の場合は、1kmにつき40円をいただきます。

交 通 費	サービス提供地域を超え1kmにつき	40円
-------	-------------------	-----

(4) キャンセル料金

①ご利用日の前営業日の18時までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日当日までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の100%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(5) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金は翌月20日頃までに請求しますので、事業者が指定する方法でお支払いください。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに、文書でお申し出ください。

② 事業者の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、事業者からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月前までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

・ご利用者様が亡くなられた場合

④ 契約解除

・事業者が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、事業者が破産した場合は、文書で通知することで、ご

利用者様は即座に契約を解約することができます。

- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず28日以内に支払われない場合や、事業者や事業者のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、事業者におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。
- ・訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合は、速やかに事業者へ申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

7 緊急時の対応方法

事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様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・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名 (続柄：)	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名 (続柄：)	
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

【 会社の概要 】

社 名 株式会社ハイメディック
資本金 3億円
社員数 1,038名(2022年3月時点) ※シニアライフ事業
設 立 平成4年9月29日
所在地 東京都渋谷区代々木4丁目36-19 リゾートトラスト東京ビル6F
代表者 代表取締役 伏見 有貴

【 事業内容 】

(介護予防)訪問看護、
その他、医療機関委嘱での医療施設の建設・運営、会員制医療施設利用会員権販売、
介護付有料老人ホームの経営、サービス付き高齢者向け住宅の経営など。

【事業者】

住 所：東京都渋谷区代々木4丁目36-19 リゾートトラスト東京ビル6F
社 名：株式会社ハイメディック
代 表 者：代表取締役 伏見 有貴

【事業所】

住 所：愛知県名古屋市東区主税町4丁目32番地
事業所名：ハイメディック訪問看護ステーション名古屋
(指定番号 2360290403号)

ハイメディック訪問看護ステーション名古屋

担当者 水谷 みき より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

西暦 2025 年 月 日

【ご利用者】住 所 _____

氏 名 _____

【身元引受人】住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

署名代行理由：

【医療保険 訪問看護の対象者】

介護保険の要支援・要介護の認定を受けた方でも、以下の方は、医療保険による訪問看護サービスの対象となります。

1.厚生労働大臣が定める疾病等(別表第7)

- ①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症
- ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン症 ⑧進行性筋ジストロフィー症
- ⑨パーキンソン病疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(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)
- ⑩多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)
- ⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化性全脳炎 ⑬ライゾーム病 ⑭副腎白質ジストロフィー ⑮脊髄性筋萎縮症
- ⑯球脊髄性筋萎縮症 ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経症 ⑱後天性免疫不全症候群 ⑲頸髄損傷
- ⑳人工呼吸器を使用している状態(夜間無呼吸のマスク換気は除く)

2.主治医より特別訪問看護指示書が交付された利用者

【別紙】利用料金(医療保険)

<基本科目>

◆訪問看護基本療養費(Ⅰ)

*同一建物居住者以外の利用者に対して、訪問看護サービスを提供した場合

1回 30分～1時間半まで	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
週 3 日まで (看護師・理学療法士)	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
週 4 日目以降(看護師)	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
週 4 日目以降(理学療法士)	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
緩和・褥瘡ケアの専門看護師 (同一日に共同の訪問看護)	12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円

◆訪問看護基本療養費(Ⅱ)

*同一日の同一建物への訪問看護は、3 人目以上 9 人以下の場合 1 人目から同一建物の報酬を算定

1回 30分～1時間半まで	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担	
週 3 日まで (看護師・理学療法士)	同一日 2 人	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	同 3 人以上 9 人以下	2,780 円	278 円	556 円	834 円
週 4 日目以降 (看護師)	同一日 2 人	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
	同 3 人以上 9 人以下	3,280 円	328 円	656 円	984 円
週 4 日目以降 (理学療法士)	同一日 2 人	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	同 3 人以上 9 人以下	2,780 円	278 円	556 円	834 円
緩和・褥瘡ケアの専門看護師 (同一日に共同の訪問看護)	12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円	

◆訪問看護基本療養費(Ⅲ)

*在宅療養に備えて一時的に外泊している方に対して、訪問看護指示書及び訪問看護計画書に基づき入院中 1 回(厚生労働大臣が定める疾病等は 2 回)に限り算定されます。

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
1 回	8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円

◆訪問看護管理療養費

*安全に訪問看護サービスを提供できる体制を整えている訪問看護ステーションが、訪問看護の実施に関する計画的な管理を継続して行うことで算定できる療養費

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
月の初回の訪問日 機能強化型以外	7,710 円	771 円	1,542 円	2,313 円
月の 2 回目以降の訪問日 共通 単一建物居住利用者が 20 人未満	3,010 円	301 円	602 円	903 円

◆訪問看護物価対応料 1

*令和 8 年度及び 9 年度の物価高騰に伴う運営コスト(光熱費や消耗品費等)の上昇に対応し、今後も安定して質の高いサービスを提供し続けるための料金で、訪問看護管理療養費とともに訪問日ごとに算定されます。

		費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
令和 8 年度	月初日	60 円	6 円	12 円	18 円
	2 日目以降	20 円	2 円	4 円	6 円
令和 9 年度	月初日	120 円	12 円	24 円	36 円
	2 日目以降	40 円	4 円	8 円	12 円

<加算科目>

◆24 時間対応体制加算

* 訪問看護ステーションが利用者やその家族等からの電話等による連絡や相談に常時対応でき、必要に応じて緊急時の対応を行うことができる体制を評価する加算

	費用額(10 割)	1 割負担	2割負担	3割負担
月に1回限り (イ)	6,800 円	680 円	1,360 円	2,040 円
月に1回限り (ロ)	6,520 円	652 円	1,304 円	1,956 円

◆緊急訪問看護加算

* 利用者やその家族の求めに応じて、主治医が 訪問看護事業所に対して行った指示を受けて計画外の訪問看護を行った場合に算定

	費用額(10 割)	1割負担	2割負担	3割負担
1 日に1回限り 14 日目まで	2,650 円	265 円	530 円	795 円
15 日目以降	2,000 円	200 円	400 円	600 円

◆訪問看護ターミナルケア療養費

* ターミナルケアを実施した場合(介護保険での看取り加算を取得している場合)

	費用額(10 割)	1 割負担	2割負担	3割負担
訪問看護ターミナルケア療養費 2	10,000 円	1,000 円	2,000 円	3,000 円

◆夜間・早朝、深夜加算

* 該当時間帯に訪問看護を提供した場合

	費用額(10 割)	1 割負担	2割負担	3割負担
夜間(18 時～22 時)・早朝(6 時～8 時)	2,100 円	210 円	420 円	630 円
深夜訪問看護加算(22 時～翌6 時)	4,200 円	420 円	840 円	1,260 円

◆特別管理加算

* 利用者の状態に応じ計画的な管理を行った場合に算定

利用者の状態(月に1回限り)	費用額(10 割)	1 割負担	2割負担	3割負担
在宅悪性腫瘍患者指導管理	5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円
在宅気管切開患者指導管理				
気管カニューレを使用している状態にある利用者 留置カテーテルを使用している状態にある利用者				
在宅自己腹膜還流指導管理	2,500 円	250 円	500 円	750 円
在宅血液透析指導管理				
在宅酸素療法指導管理				
在宅中心静脈栄養法指導管理				
在宅成分栄養経管栄養法指導管理				
在宅自己導尿指導管理				
在宅持続陽圧呼吸療法指導管理	2,500 円	250 円	500 円	750 円
在宅自己疼痛管理指導管理				
在宅肺高血圧症患者指導管理				
人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある利用者				
在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している利用者				
真皮を超える褥瘡				

◆特別管理指導加算

*特別管理加算の該当者に対しては、退院時共同指導加算に加え算定

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
1回限り	2,000円	200円	400円	600円

◆難病等複数回訪問看護加算

*難病等の利用者に対して、1日に複数回の訪問看護を行うことで算定できる加算です。

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
1日2回	4,500円	450円	900円	1,350円
1日2回(同一建物3人以上9人以下)	4,000円	400円	800円	1,200円
1日3回以上	8,000円	800円	1,600円	2,400円
1日3回以上(同一建物3人以上9人以下)				
月20日目まで	7,200円	720円	1,440円	2,160円
月21日以降	6,900円	690円	1,380円	2,070円

◆長時間訪問看護加算

*対象者(90分を超える場合に算定できます)

- ・特別訪問看護指示書の期間にある対象者(週1回限り)
- ・特別管理加算の対象者(週1回限り)

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
週に1回限り	5,200円	520円	1,040円	1,560円

◆退院支援指導加算(初回訪問時)

*退院日に訪問に行った場合

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
退院日のみ	6,000円	600円	1,200円	1,800円

◆退院時共同指導加算

*入院先(介護老人保健施設に入所・介護医療院も含む)の医師や看護師と共同で、退院後の在宅療養についての指導を行い、その内容を文書で提出した場合に算定

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
1回限り	8,000円	800円	1,600円	2,400円

◆複数名訪問看護加算

*利用者やその家族の同意を得て看護師等が複数名で訪問

対象は、末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病・特別訪問看護指示書中・特別な管理を必要とする利用者。また、暴力や著しい迷惑行為、器物破損行為が見られる利用者

			費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
看護師2名で訪問	同一建物内2人まで	週1日	4,500円	450円	900円	1,350円
	同一建物内3人~9人		4,000円	400円	800円	1,200円
看護師と准看護師で訪問	同一建物内2人まで	週1日	3,800円	380円	760円	1,140円
	同一建物内3人~9人		3,400円	340円	680円	1,020円
看護師とその他職員で訪問	同一建物内2人まで	週3日	3,000円	300円	600円	900円
	同一建物内3人~9人		2,700円	270円	540円	810円
看護師とその他職員で	同一建物内2人まで	1日1回	3,000円	300円	600円	900円

同日に複数回訪問	同一建物内3人～9人		2,700円	270円	540円	810円
	同一建物内2人まで	1日2回	6,000円	600円	1,200円	1,800円
	同一建物内3人～9人		5,400円	540円	1,080円	1,620円
	同一建物内2人まで	1日3回	1,000円	1,000円	2,000円	3,000円
	同一建物内3人～9人		9,000円	900円	1,800円	2,700円

◆訪問看護情報提供療養費

*医療機関等に入院または入所するにあたり、情報提供した場合

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回限り	1,500円	150円	300円	450円

◆在宅患者連携指導加算

*利用者の同意を得て、訪問診療・歯科訪問診療・訪問薬剤管理を行う保険医療機関または保険薬局と月2回以上文書等により情報提供を行い、共有された情報をもとに療養上必要な指導を行った場合に算定

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回限り	3,000円	300円	600円	900円

◆在宅患者緊急時等カンファレンス加算

*利用者状態の急変や診療方針の変更等に伴い、関係する保険医療機関等がカンファレンスに参加して共同で利用者や家族に対し、指導を行った場合

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
月に2回限り	2,000円	200円	400円	600円

◆訪問看護医療情報連携加算

*他の医療機関や介護関係者とICTを用いて診療情報を共有・活用した場合に算定

	費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
月に1回限り	1,000円	100円	200円	300円

◆訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)

*当該訪問看護ステーションに勤務する職員の賃金の改善を実施している場合

		費用額(10割)	1割負担	2割負担	3割負担
令和8年6月～令和9年5月	月に1回限り	1,830円	183円	366円	549円
令和9年6月以降	月に1回限り	2,880円	288円	576円	864円

同意書

各種加算項目およびターミナルケア療養費について、説明を受け確認をしました。

R7 年 月 日

ハイメディック訪問看護ステーション名古屋 管理者 水谷 みき

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【身元引受人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）

署名代行理由 _____

株式会社ハイメディック
ハイメディック訪問看護ステーション名古屋

重要事項説明書

(介護予防)訪問看護

【介護保険】

2026年6月 (第5版)

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	ハイメディック訪問看護ステーション名古屋
所在地	愛知県名古屋市東区主税町4丁目32番地
連絡先	052-979-2386
管理者名	水谷 みき
サービス種類	(介護予防)訪問看護
介護保険指定番号	2360290403号
サービス提供地域	名古屋市東区、北区

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日	午前 9:00 ~ 午後 6:00
定休日	土曜日、日曜日、祝日及び12月30日から1月3日
緊急時の対応	電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする

(3) 職員体制

	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名	名	1名
看護師	看護師	名	7名	7名
理学療法士	理学療法士	名	3名	3名
作業療法士		名	名	名
言語聴覚士		名	名	名

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 052-979-2386

担当者： 管理者 水谷 みき

受付時間： 午前 9:00～午後 6:00 土曜日、日曜日、祝日及び12月30日から1月3日を除く）

受付時間外は転送電話となり、担当者による対応をいたしかねます。

その際は、翌営業日に担当者よりご連絡いたします。

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

3 当事業所以外の相談・苦情の窓口

④ 本社窓口 渉外担当 TEL : 03-5354-6081

受付時間 : 午前 9:00 ~ 午後 5:00 (平日)

⑤ 名古屋市介護保険課 指導担当 TEL : 052-959-3087

受付時間 : 午前 8:45 ~ 午後 5:15 (平日)

⑥ 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉部 介護保険課 TEL : 052-971-4165

受付時間 : 午前 9:00 ~ 午後 5:00 (平日)

4 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、(介護予防)訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な(介護予防)訪問看護のサービスを提供します。(介護予防)訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な(介護予防)訪問看護のサービス提供に努めます。

5 利用料金

(1) 利用料金

●要支援 1、2 の場合

地域単価 11.05 円/単位

サービス所要時間	単位	基本料金	夜間・早朝料金	深夜料金
20分未満	303 単位	3,348 円	4,187 円	5,027 円
30分未満	451 単位	4,983 円	6,232 円	7,480 円
30分以上1時間未満	794 単位	8,773 円	10,972 円	13,160 円
1時間以上1時間30分未満	1,090 単位	12,044 円	15,061 円	18,066 円
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の場合(20分)	284 単位	3,138 円	3,922 円	4,707 円

●要介護 1～5 の場合

地域単価 11.05 円/単位

サービス所要時間	単位	基本料金	夜間・早朝料金	深夜料金
20分未満	314 単位	3,469 円	4,342 円	5,204 円
30分未満	471 単位	5,204 円	6,508 円	7,812 円
30分以上1時間未満	823 単位	9,094 円	11,370 円	13,646 円
1時間以上1時間30分未満	1,128 単位	12,464 円	15,580 円	18,696 円
理学療法士、作業療法士または言語聴覚士の場合(20分)	294 単位	3,248 円	4,066 円	4,873 円

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

●介護職員等処遇改善加算

1カ月の利用総単位数に1.8%を乗じた金額を算定します。

サービス区分	介護職員等処遇改善加算
訪問看護	1.8%

※処遇改善加算は、その月の総利用単位数に応じて計算される。月々の利用回数やサービス内容によって総単位数が変動するため、毎月のご請求額（加算分）に多少の差が生じる場合がある。

●サービスの加算料金

地域単価 11.05 円/単位

加算項目		単位	基本料金	備考
複数名訪問加算 (I)	所要時間 30分未満の場合	254 単位	2,806 円	
	所要時間 30分以上の場合	402 単位	4,442 円	
長時間訪問看護加算		300 単位	3,315 円	
緊急時訪問看護加算 (I) (1月につき)		600 単位	6,630 円	
緊急時訪問看護加算 (II) (1月につき)		574 単位	6,342 円	
特別管理加算 (I) (1月につき)		500 単位	5,525 円	
特別管理加算 (II) (1月につき)		250 単位	2,762 円	
専門管理加算 (1月につき)		250 単位	2,762 円	
ターミナルケア加算 (死亡月)		2,500 単位	27,625 円	要介護のみ
初回加算 (I)		350 単位	3,867 円	
初回加算 (II)		300 単位	3,315 円	
退院時共同指導加算		600 単位	6,630 円	
看護・介護職員連携強化加算 (1月につき)		250 単位	2,762 円	要介護のみ
看護体制強化加算 (I) (1月につき)		550 単位	6,077 円	
看護体制強化加算 (II) (1月につき)		200 単位	2,210 円	
口腔連携強化加算 (1月に1回))		50 単位	552 円	
サービス提供体制強化加算 (I)		6 単位	66 円	

サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	3 単位	33 円	
業務継続計画未策定減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算		
高齢者虐待防止措置未実施減算	所定単位数の 100 分の 1 に相当する単位数を減算		
理学療法士、作業療法士 又は言語聴覚士による訪問	厚生労働大臣が定める施設基準に該当する場合、 1 回につき 8 単位を減算		
理学療法士等の訪問における基本報酬 及び 12 月を超えた場合の減算	上記、介護予防訪問看護費の減算を算定している 場合、15 単位/回を所定単位数から更に減算。 介護予防訪問看護費の減算を算定していない場合 は、1 回につき 5 単位を減算。		要支援のみ

※長時間訪問看護加算は、指定訪問看護に関して、特別な管理が必要な利用者に対し、所要時間が 1 時間以上 1 時間 30 分未満の指定訪問看護を行った後、引き続き指定訪問看護を行った場合であり、当該指定訪問看護の所要時間を通算したときに 1 時間 30 分以上になる場合、1 回につき 300 単位を所定単位数に加算する。

<1 ヶ月の利用料の目安>

(○○○単位×【サービス利用回数】 + 【加算料金】) × 1~3 割※ = 合計 ① 円



 ① 円 + 【保険外費用】 = 利用料金合計 円

※介護保険負担割合書に記載された利用者負担の割合。

(2) 介護保険給付対象外サービス

介護保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

また、(介護予防) 訪問看護のサービス実施記録簿等の複写物の交付は 1 枚につき 20 円をいただきます。

(3) エンゼルケア

死後の処置が必要となった際は、処置料として 20,000 円をいただきます。

(4) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、その実額をお支払いいただきます。また、自動車の場合は、1 km につき 40 円をいただきます。

(5) キャンセル料金

① ご利用日の前営業日の 18 時までにご連絡いただいた場合	無 料
② ご利用日当日までにご連絡がなかった場合	当該基本料金の 100%

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、上記のキャンセル料金を頂きます。

キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(6) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 20 日頃までに請求しますので、事業者が指定する方法でお支払いください。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

(介護予防) 訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。なお、居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の 2 週間前までに、文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の 1 ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ 自動終了 (以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します)

- ・ご利用者様が介護保険施設に入所した場合

- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
 ※非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ご利用者が亡くなられた場合

④ 契約解除

- ・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者は即座に契約を解約することができます。
- ・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いがサービス利用月の翌月から数えて2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず28日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。
- ・(介護予防)訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患(感染症)が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

7 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様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・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	(続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		

【 会社の概要 】

社 名 株式会社ハイメディック
資本金 3 億円
設 立 平成 4 年 9 月 29 日
所在地 東京都渋谷区代々木四丁目 36 番 19 号
代表者 代表取締役 伏見 有貴

【 事業内容 】

- ・ 介護保険法に基づく居宅介護支援事業および介護予防支援事業
- ・ 介護保険法に基づく(介護予防)訪問介護、(介護予防)訪問入浴介護、(介護予防)訪問看護、(介護予防)訪問リハビリテーション、(介護予防)居宅療養管理指導、(介護予防)通所介護、(介護予防)通所リハビリテーション、(介護予防)短期入所生活介護、(介護予防)短期入所療養介護、(介護予防)特定施設入居者生活介護、(介護予防)福祉用具貸与、(介護予防)特定福祉用具販売その他の居宅サービス事業、介護予防サービス事業 等

【事業者】

住 所： 東京都渋谷区代々木四丁目 36 番 19 号
社 名： 株式会社ハイメディック
代 表 者： 代表取締役 伏見 有貴

【事業所】

住 所： 愛知県名古屋市東区主税町 4 丁目 32 番地
事業所名： ハイメディック訪問看護ステーション名古屋
(指定番号 2360290403)

担当者 水谷 みき より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【身元引受人】 住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

署名代行理由：