

訪問看護リハビリステーション ラポル
訪問看護 重要事項説明書

＜令和7年4月1日現在＞

1. 法人の概要

名 称 ・ 法 人 種 別	株式会社 リハピス
代 表 者 名	代表取締役 富村 義隆
所 在 地 ・ 連 絡 先	〒752-0916 下関市王司神田1丁目8-14 電 話：083-248-3536 FAX：083-227-3529

2. 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	訪問看護リハビリステーション ラポル
事 業 所 番 号	3560190377
連 絡 先	電 話：083-242-1122 FAX：083-242-2931
管 理 者 の 氏 名	庄田 和樹

(2) 事業所の職員体制

ステーションに勤務する職種、人数及び職務内容は次のとおりとする。

1. 管 理 者 1名（常勤兼務 1名）

管理者は、所属職員を指揮・監督し、適切な事業の運営が行われるように統括する。但し、管理上支障がない場合は、ステーションのほかの職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。

2. 看 護 職 員 5名（常勤兼務 1名、常勤専従 2名、非常勤専従 1名、非常勤兼務 0名）

訪問看護計画書及び報告書を作成し（准看護師を除く）、訪問看護を担当する。

3. 理学療法士 1名（常勤専従 1名）

訪問看護（在宅におけるリハビリテーション）を担当する。

4. 作業療法士 1名（常勤専従 1名）

訪問看護（在宅におけるリハビリテーション）を担当する。

5. 言語聴覚士 1名（常勤兼務 1名）

訪問看護（在宅におけるリハビリテーション）を担当する

※職員の退職等により、やむをえず変更になる場合があります。

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	下関市全域（豊北圏域は除く）、山陽小野田市、美祢市 通常の事業の実施地域外の受け入れは要相談とする。
------------	---

(4) 営業日及び営業時間

営業日	月曜～金曜 ※祝祭日も営業致します。 (12月31日～1月3日、8月13日～8月15日を除く)
営業時間	8:30～17:30

3. サービス内容

当ステーションでは、個々の状況に応じた療養上の世話・診療の補助などの援助を行うことで、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。

定期巡回サービス：事業者は、利用者の居宅に訪問看護師を派遣し、定期的に入浴介助、排泄介助、食事介助、体位変換、移動、移乗、内服等の日常生活上の看護を行います。

4. 費用

●介護保険利用

(1) 基本単価（介護報酬）

以下記載の金額は利用者負担割合が1割の場合です。利用者負担割合が2割又は3割の方についてはそれぞれ以下の金額の2倍又は3倍となります（別紙ご参照ください）。

所要時間	単位数	基本利用料 (円)	利用負担1割 (円)	※介護予防訪問看護
20分未満	314	3140	314	303
30分未満	471	4710	471	451
30分以上60分未満	821	8210	820	792
60分以上90分未満	1128	11280	1128	1090
理学療法士の場合(1回20分)	294	2940	294	284

※准看護師の場合：所定金額の90%/回

※理学療法士が一日に2回を超えて行う場合：所定金額の90%/回

(2) 加算減算（介護報酬）

加算の種類		単位数	要件
複数名 訪問加算 (Ⅰ)	30分未満	254単位／1回 (1割負担：254円)	複数の看護師等が同時訪問看護を行った場合
	30分以上	402単位／1回 (1割負担：402円)	
複数名 訪問加算 (Ⅱ)	30分未満	201単位／1回 (1割負担：201円)	看護師等が看護補助者と同時に訪問看護を行った場合
	30分以上	317単位／1回 (1割負担：317円)	
事業所と同一の 建物等に居住する 利用者に対する 提供減算		基本単価の10%を減算 (90／100を算定)	事業所と同一の敷地内もしくは隣接する敷地内の建物、もしくは同一の建物に居住する利用者、または1月あたり同一の建物に居住する20人以上の利用者にサービスを提供した場合
		基本単価の85%を減算 (85／100を算定)	事業所と同一の敷地内もしくは隣接する敷地内の建物、もしくは同一の建物に居住する利用者、または1月あたり同一の建物に居住する50人以上の利用者にサービスを提供した場合
初回加算		300単位／月 (1割負担：300円)	新規利用時、または過去2カ月間に利用がない場合、訪問看護計画書を作成した場合
長時間訪問看護加算		300円／回	特別な管理を必要とする利用者に対して、上記の訪問看護を行い、所要時間通算が1時間30分以上となった場合に算定
退院時共同指導加算		600単位／1回 (1割負担：600円)	病院等に入院入所している者が、退院退所するにあたり、療養上必要な退院時共同指導を行った場合
緊急時訪問看護加算		600単位／月 (1割負担：600円)	契約者の同意を得て24時間体制で計画的な訪問以外に必要時、電話相談、緊急訪問を行うことに対して月1回算定
特別管理加算Ⅰ		500円／月 (1割負担：500円)	在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や、留置カテーテル等の計画的な管理を行った場合などに算定
特別管理加算Ⅱ		250円／月 (1割負担：250円)	在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や人工肛門・人工膀胱、真皮を超える褥瘡、点滴注射が週3日以上必要な場合などに算定
ターミナルケア加算		2,500円	死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを要介護者に行った場合に算定（要支援者は対象外）
夜間・早朝加算		基本利用料に25%加算	夜間（午後6時～午後10時）、早朝（午前6時～午前8時）に訪問
深夜加算		基本利用料に50%加算	深夜（午後10時～午前6時）に訪問

- ① 介護保険に係る利用者負担金（費用全体の1～3割）
- ② 運営基準（厚生労働省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
- ③ 運営のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

(3) 定期巡回（連携型）

介護度	訪問看護費
要介護1	2961円/月
要介護2	2961円/月
要介護3	2961円/月
要介護4	2961円/月
要介護5	3754円/月

●医療保険利用

利用料：診療報酬により計算

以下記載の金額は利用者負担割合が1割の場合です。利用者負担割合が2割又は3割の方についてはそれぞれ以下の金額の2倍又は3倍となります（別紙ご参照ください）。

(1) 基本料金明細

・精神科以外

※【 】は准看が行った場合。

		金額	利用者負担1割
訪問看護基本療養費 (I) (1日1回につき)	週3日まで	¥5550 【¥5050】	¥560 【¥510】
	週4日目以降	¥6550 【¥6050】	¥670 【¥610】
1. 同一建物内の複数（3人以上）の利用者に同一日に訪問した場合			
訪問看護基本療養費 (II) (同一建物居住者) (1日につき)	週3日まで	¥2780 【¥2530】	¥280 【¥250】
	週4日目以降	¥3280 【¥3030】	¥330 【¥300】
2. 在宅療養に備えた外泊時（入院中に1回、厚生労働大臣が定める疾病等は入院中に2回）			
訪問看護基本療養費 (III)		¥8500	¥850
訪問看護管理療養費 (1日につき)	月の初日	¥7440	¥740
	2日目以降	¥3000	¥300

[各種加算]

早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時）		¥2100	¥210
深夜加算（22時～6時）		¥4200	¥420
難病等複数回訪問加算 ※同一建物内1名の場合の料金。	1日2回の訪問	¥4500	¥450
	1日3回以上の訪問	¥8000	¥800
複数名訪問看護加算 ※同一建物内1名の場合の料金。	看護師（週1回）	¥4500	¥450
	理学療法士・作業療法士等（週1回）	¥4500	¥450
	准看護師（週1回）	¥3800	¥380
	看護補助者（週3回）	¥3000	¥300
24時間対応体制加算（月1回）		¥6400	¥640
情報提供療養費[1]（月1回）市町村へ情報提供した場合		¥1500	¥150
情報提供療養費[2]（月1回）学校等へ情報提供した場合		¥1500	¥150
情報提供療養費[3]（月1回）保険医療機関へ情報提供した場合			
緊急時訪問看護加算（1日につき1回）		¥2650	¥265
訪問看護ターミナルケア療養費1		¥25000	¥2500
訪問看護ターミナルケア療養費2		¥10000	¥1000
特別管理加算（1月につき）	月1回 ※1	¥5000	¥500
	月2回 ※2	¥2500	¥250
特別管理指導加算		¥2000	¥200
退院時共同指導加算（1月につき） （利用者の状態に応じ月2回を限度）		¥8000	¥800
退院支援指導加算		¥6000	¥600
在宅患者連携指導加算（月1回）		¥3000	¥300
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（1月につき2回）		¥2000	¥200
長時間訪問看護・指導加算	週1回まで ※3	¥5200	¥520
	厚生労働省が定める状態の場合週3回まで		

※1 気管カニューレ・留置カテーテル等を使用している状態にある方

※2 在宅酸素・人工肛門・重度の褥瘡等の状態にある方

※3 人工呼吸器を使用している状態にある方

特別訪問看護指示期間の方

特別な管理を必要とする方（※1、※2）

長時間訪問看護加算・指導加算は、※1～3の対象者に対して1時間30分を超える訪問看護を行った場合に加算されます。

・精神科	金額	利用者負担1割
※【 】は准看が行った場合。		
精神科訪問看護基本療養費（I）		
週3日まで 30分以上/30分未満	¥5550/¥4250 【¥5050/¥3870】	¥560/¥430 【¥510/¥390】
週4日目以降 30分以上/30分未満	¥6550/¥5100 【¥6050/4720】	¥660/¥510 【¥610/¥470】
精神科訪問看護基本療養費（III） 同一建物内の複数（2人以上）の利用者に同一日に訪問した場合		
週3日まで 30分以上/30分未満	¥5550/¥4250 【¥5050/¥3870】	¥560/¥430 【¥510/¥390】
週4日目以降 30分以上/30分未満	¥6550/¥5100 【¥6050/4720】	¥660/¥510 【¥610/¥470】
精神科訪問看護基本療養費（III） 同一建物内の複数（3人以上）の利用者に同一日に訪問した場合		
週3日まで 30分以上/30分未満	¥2780/¥2130 【¥2530/¥1940】	¥280/¥210 【¥250/¥190】
週4日目以降 30分以上/30分未満	¥3280/¥2550 【¥3030/¥2360】	¥330/¥260 【¥300/¥240】
精神科訪問看護基本療養費（IV）		
外泊時	¥8500	¥850
訪問看護管理療養費		
月の1日目訪問の場合	¥7400	¥740
月の2日目以降の訪問の場合	¥2980	¥300

[各種加算]

早朝・夜間加算（6時～8時・18時～22時）		¥2100	¥210
深夜加算（22時～6時）		¥4200	¥420
精神科複数回訪問加算	1日2回の訪問	¥4500	¥450
※同一建物内1名の場合の料金。	1日3回以上の訪問	¥8000	¥800
複数名精神科訪問看護加算	1日1回の訪問	¥4500	¥450
※看護師・保健師・作業療法士	1日2回の訪問	¥9000	¥900
※同一建物内1名の場合の料金。	1日3回以上の訪問	¥14500	¥1450
複数名精神科訪問看護加算	1日1回の訪問	¥3800	¥380
※准看護師（1回/日）	1日2回の訪問	¥7600	¥760
※同一建物内1名の場合の料金。	1日3回以上の訪問	¥12400	¥1240
24時間対応体制加算（月1回）		¥5400	¥540
情報提供療養費[1]（月1回）市町村へ情報提供した場合		¥1500	¥150
情報提供療養費[2]（月1回）学校等へ情報提供した場合		¥1500	¥150
情報提供療養費[3]（月1回）保険医療機関へ情報提供した場合		¥1500	¥150
精神科緊急時訪問看護加算（1日につき1回）		¥2650	¥265
特別管理加算（1月につき）	月1回 ※1	¥5000	¥500
	月2回 ※2	¥2500	¥250
特別管理指導加算		¥2000	¥200
退院時共同指導加算（1月につき） （利用者の状態に応じ月2回を限度）		¥8000	¥800
退院支援指導加算		¥6000	¥600
在宅患者連携指導加算（月1回）		¥3000	¥300
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（1月につき2回）		¥2000	¥200
長時間訪問看護加算	週1回まで ※3 厚生労働省が定める状態の場合週3回まで	¥5200	¥520
精神科重症患者支援連携加算 イ		¥8400	¥840
精神科重症患者支援連携加算 ロ		¥5800	¥580
訪問看護ターミナルケア療養費 1		¥25000	¥2500
訪問看護ターミナルケア療養費 2		¥10000	¥1000

※1 気管カニューレ・留置カテーテル等を使用している状態にある方

※2 在宅酸素・人工肛門・重度の褥瘡等の状態にある方

※3 人工呼吸器を使用している状態にある方

特別訪問看護指示期間の方

特別な管理を必要とする方（※1、※2）

長時間訪問看護加算・指導加算は、※1～3の対象者に対して1時間30分を超える訪問看護を行った場合に加算されます。

●その他の費用

①交通費…介護保険による介護サービスの場合は不要です。

※通常の事業所の実施地域以外の地域の場合は、通常の事業の実施地域を超えた地点から居宅までの距離に応じて1キロメートルにつき30円のご負担となります。

②衛生材料費…患者様の介護サービスに使用する衛生材料はご利用者様でご用意ください。

※当ステーションで準備する場合、実費負担となります。

交通費、衛生材料費など利用者負担金は、利用料金とともに、翌月に請求書をお送りしますので、口座引き落としでお支払いください。

上記の利用者負担金は、月1回のサービス提供分で「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない場合など「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（8割又は7割）を請求することになります。介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は、1カ月につき料金表の利用料金金額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収書を発行します。

③その他の費用サービスの実施に必要な自宅での水道・電気・ガス・電話などの費用は、利用者負担となります。

④利用者はサービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。（1枚につき50円）

5. 事業所の特色等

<事業の目的>

要介護状態と認定されたご利用者様に対し、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。

<運営の方針>

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します。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、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

6. サービス内容に関する苦情など相談窓口

お客様相談窓口	訪問看護リハビリステーション ラポル 住所 下関市王司神田1丁目8-14 Tel 083-242-1122 Fax 083-242-2931 受付日時 午前8時30分～午後5時30分
	山口県国民健康保険団体連合会 住所 山口市朝田1980番地7 国保会館 tel 083-995-1010 fax 083-934-3665 受付日時 午前9時00分～午後5時00分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
	下関市福祉部介護保険課事業者係 住所 下関市南部町21番19号 下関商工会館4階 tel 083-231-1371 fax 083-231-2743 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
	美祢市役所市民福祉部介護保険係 住所 美祢市大嶺町東分326-1 tel 0837-52-5229 fax 0837-52-1490 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 (土、日、祝日、年末年始を除く)
	山陽小野田市福祉部高齢福祉課介護保険係 住所 山陽小野田市日の出一丁目1番1号 庁舎1階8番窓口 tel 083-82-1172 受付時間 午前8時30分～午後5時15分 (土、日、祝日、年末年始を除く)

7. 緊急時における対応方法

サービス提供中に病状などの急変があった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急連絡先(家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業所等へ連絡します。

8. 事故発生時における対応方法

1. ステーションは、サービス提供に際し、利用者に事故が発生した場合には、速やかに市町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
2. ステーションは、前項の自己の状況及び事故に際して採った処置について記録し、その完結の日から2年間保存します。
3. ステーションは、利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 利用者様へのお願い

契約書及び重要事項説明書は保管しておいて下さい。

10. その他運営に関する重要事項

- ① 従業員の質的向上を図るために研修の機会を設け、業務体制を整備する。
 - (1) 採用時研修 採用後6ヶ月以内
 - (2) 継続研修 年2回
- ② 従業員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。
- ③ 従業員であった者には、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、雇用契約の内容とする。
- ④ サービス担当者会議等で使用する場合は、利用者の同意を得る。
- ⑤ 記録の保存は2年間とする。
- ⑥ この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は「株式会社リハピス」が定める。

私は、本書面に基づいて訪問看護リハビリステーション ラポルの職員から上記重要事項の説明を受け、同意し、交付を受けたことを確認します。

また、訪問看護計画等の作成やサービス担当者会議において個人情報を用いることに同意いたします。

説明者 株式会社リハピス 訪問看護リハビリステーション ラポル

氏名 庄田 和樹

(代)

令和 年 月 日

利用者様 住所

氏名 印

代筆者様

住所

氏名 印 続柄：

