

訪問看護重要事項説明書

(医療版)

1 訪問看護事業者の概要

名 称	カンデラ・メディカルケア株式会社
代 表 者 名	赤坂 幸宣
所在地・連絡先	住所:神奈川県横浜市港北区新横浜3-24-5 電話:045-475-1515
業 務 概 要	訪問看護ステーションの運営

2 事業所の概要

事 業 所 名	カンデラ・メディカルケア世田谷本店
所在地・連絡先	住所:〒158-0083 東京都世田谷区奥沢6-25-1 電話:03-3703-0810 FAX:03-3704-8810
事 業 所 番 号	7395254
管理者の氏名	平山 亮
サービス実施地域	世田谷区・目黒区・大田区

3 事業所の職員体制

(2024年4月1日現在)

従業員の職種	人数 (人)	区分		備考
		常勤(人)	非常勤(人)	
管理者(看護師)	1	1	0	
訪問 従 業 員	看護師	3	0	
	理学療法士	6	2	4
	作業療法士	1	0	1
	言語聴覚士	0	0	0
	事務	0	0	0

4 営業時間・営業日

月曜日～土曜日 8:30～17:30 ※日・年末年始は休業

5 料金

原則としてお客様の所得に応じ、料金表の1割、2割、3割のいずれかがお客様の負担となります。

1) 訪問看護等サービスの基本料金

サービス内容		1日あたり	お客様負担額目安		
			3割	2割	1割
訪問看護基本療養費(Ⅰ)	週3日まで	5,550円	1,665円	1,100円	555円
	週4日目で以降	6,550円	1,965円	1,310円	655円
訪問看護管理療養費	初日	7,440円	2,232円	1,488円	744円
	2日目以降	3,000円	900円	600円	300円

【精神科訪問看護の場合】

サービス内容		1日あたり	お客様負担額目安		
			3割	2割	1割
精神科訪問看護 基本療養費(Ⅰ)	週3日まで 30分以上	5,500円	1,665円	1,110円	555円
	週3日まで 30分未満	4,250円	1,275円	850円	425円
	週4日目で以降 30分以上	6,550円	1,965円	1,310円	655円
	週4日目で以降 30分未満	5,100円	1,530円	1,020円	510円
訪問看護管理療養費	初日	7,400円	2,220円	1,480円	740円
	2日目以降	2,980円	894円	596円	298円

2) 退院時共同指導加算

保険医療機関又は介護老人保健施設又は介護医療院に入院、入所中のお客様に、当ステーションの看護師等が主治医の先生等と連携して在宅生活における必要な指導を行った場合には、退院、退所後初回の訪問看護の際に1回(特別な管理を必要とする方は2回)退院時共同指導加算を算定させていただきます。

退院時共同指導加算(1回あたり)	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
8,000円	2,400円	1,600円	800円

3) 特別管理加算

訪問看護において特別な管理を必要とするお客様(特掲診療料の施設基準等別表第8に該当するお客様に限ります。)には、計画的な管理を行います。

利用料は1ヶ月単位で、基本料金に下記特別管理加算を1回算定させていただきます。

特別管理加算(Ⅰ)(1ヶ月)	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
5,000円/月	1,500円	1,000円	500円
<ul style="list-style-type: none"> 在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態 気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態 			

特別管理加算(Ⅱ)(1ヶ月)	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
2,500円/月	750円	500円	250円
<ul style="list-style-type: none"> 在宅自己腹膜灌流指導管理、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、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、在宅人工呼吸指導管理を受けている状態 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態 真皮を超える褥瘡の状態 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している 			

※ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士のみの訪問のお客様は、特別管理加算はかかりません。

4) 複数名訪問看護加算

同時に複数の看護師等により訪問を行う必要がある場合は、お客様やご家族様等の同意を得た上で、週に1回(看護補助者の場合は週3回)に限り、1回あたりの基本料金に、下記複数名訪問看護加算を算定させていただきます。

複数名訪問看護加算	1回あたり	お客様負担額目安		
		3割	2割	1割
看護師等と複数名で訪問する場合	4,500円	1,350円	900円	450円
看護補助者と複数名で訪問する場合 (厚生労働大臣が定める場合を除く)	3,000円	900円	600円	300円
看護補助者と複数名で訪問する場合 (厚生労働大臣が定める場合に限る)	3,000円	900円	600円	300円

※ 看護補助者と複数名で訪問する場合(厚生労働大臣が定める場合に限る)、1日に2回の場合は6000円、1日に3回以上の場合は10000円を算定させていただきます。

※ 厚生労働大臣が定める基準

- ①特掲診療料の施設基準等別表第7に掲げる疾病等の者
- ②特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる者
- ③特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を受けている者
- ④暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる者
- ⑤利用者の身体的理由により一人の看護師による訪問看護が困難と認められる者(看護補助者の場合に限る)
- ⑥その他利用者の状況等から判断して①～⑤のいずれかに準ずると認められた者(看護補助者の場合に限る)

5) 長時間訪問看護加算

1回の訪問看護の時間が90分を超える訪問看護を行った場合、週1回に限り、下記長時間訪問看護加算を算定させていただきます。(厚生労働大臣が定める基準のいずれかに該当する場合に限りです。)

長時間訪問看護加算(1回あたり)	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
5,200円	1,560円	1,040円	520円

※ 15歳未満の超重症児・準超重症児の利用者、もしくは15歳未満で特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる利用者は、週3回まで算定が可能です。

※ 厚生労働大臣が定める基準

- ① 15歳未満の超重症児または準超重症児
- ② 特掲診療料の施設基準等別表第8に掲げる利用者
- ③ 特別訪問看護指示書を交付されている利用者

6) 乳幼児加算

6歳未満の乳幼児への訪問看護を行った場合、1日1回に限り下記乳幼児加算を算定させていただきます。

乳幼児加算	1回あたり	お客様負担額目安		
		3割	2割	1割
6歳未満	1,500円	450円	300円	150円

7) 訪問看護情報提供療養費

下記のいずれかの要件に該当する場合、お客様やご家族様に同意を得た上で、月1回に限り下記訪問看護情報提供療養費を算定させていただきます。

- ① 厚生労働大臣が定める疾病等に該当するお客様のうち、お客様の居住する市区町村等からの求めに応じて、お客様に係る保健福祉サービスに必要な情報を提供した場合
- ② 厚生労働大臣が定める疾病等に該当するお客様のうち、入学または転学によりお客様が初めて在籍する義務教育諸学校からの求めに応じて、訪問看護の状況を示す文書を添えて必要な情報を提供した場合
- ③ 保健医療機関等に入院または入所するお客様について、保健医療機関に対して指定訪問看護に係る情報を提供した場合

訪問看護情報提供療養費(1ヶ月)	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
1,500円	450円	300円	150円

8) 訪問看護ターミナルケア療養費

在宅でご逝去されたお客様(ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外でご逝去された方を含む)または特別養護老人ホーム等でご逝去されたお客様に対してターミナルケアを行った場合は、訪問看護ターミナルケア療養費1を算定させていただきます。

特別養護老人ホーム等でご逝去されたお客様のうち、介護保険における看取り介護加算等を算定されたお客様については、訪問看護ターミナルケア療養費2を算定させていただきます。

訪問看護ターミナルケア療養費1	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
25,000円	7,500円	5,000円	2,500円

訪問看護ターミナルケア療養費2	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
10,000円	3,000円	2,000円	1,000円

9) 別途料金(全額お客様負担)

- ① 交通費: 通常のサービス地域以外についてのみ、所定の交通費(実費)が必要となります。
- ② 在宅終了者訪問処置料: 訪問看護を利用されているお客様が、在宅で死亡診断を受けその後の処置を訪問看護ステーションに希望されるときは、保険外で看護師が訪問して行います。

在宅終了者訪問処置料(エンゼルケア)	20,000円
--------------------	---------

10) その他料金について

詳細は、別紙の料金表をご確認ください。

6 お客様負担金のお支払い

① 支払方法

・自動引き落としをお願い致します。銀行・郵便局口座の自動引き落としがご利用いただけます。

詳細は別紙を参照してください。

② 領収書は入金確認後に発行いたします。尚、再発行は致しませんので大切に保管してください。

7 キャンセル

サービスの利用をキャンセルする場合には、すみやかに下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先（カンデラ・メディカルケア世田谷本店） 03-3703-0810

8 緊急時の対応について

① 通常契約のお客様

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、すみやかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）へ連絡をします。

営業時間外の夜間や休日等に容体の急変等、緊急のケースが発生した場合に備えて、あらかじめ担当看護師に緊急時の対処についてご相談ください。

② 緊急時連絡対応体制のご契約のお客様

訪問看護（看護師による訪問）をご利用のお客様は、ご容態とご要望に応じて、緊急時連絡対応のご契約ができます。ご契約いただいたお客様には、緊急時の連絡先、携帯電話の番号をご案内いたします。

24時間対応体制加算（1ヶ月）	お客様負担額目安		
	3割	2割	1割
6,400円	1,920円	1,280円	640円

※ 電話等に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じて行える場合に算定できるものです。

※ 訪問が発生した場合、24時間対応体制加算料金の他に、訪問ごとに料金が発生します。

9 事故発生時の対処法について

サービス提供中に事故が発生した場合には、すみやかにお客様のご家族等緊急時連絡先に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

10 個人情報の取り扱いについて

事業者は、お客様へのサービスを実施していくにあたり、下記の通り個人情報の提供を行います。

ここでいう「個人情報」とは、氏名、生年月日、住所、連絡先をはじめ看護師・リハビリ職員による看護・リハビリ内容の要約や、各種画像、動画撮影などがあります。

① 主治医やケアマネジャー等へ「訪問看護計画・報告書」を毎月提出

② 保険者へ「訪問看護療養費明細書」を毎月提出

③ 医療機関または介護保険施設に入所される際に「訪問看護サマリー」を提出

④ 関連する医療機関、介護サービス事業者、区などの公的機関、ご家族等に対するお客様の体調やサービス実施状況等、サービス提供に関連した個人情報についての電話やFAXなどによる連絡等

⑤ 保険者等へ「訪問看護情報提供書」を提出

11 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下理学療法士等）の訪問について

訪問看護サービスにおける理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環として、看護師の代わりに理学療法士等が訪問することとなっております。訪問看護計画書および報告書の作成について、お客様の状態について適切に評価を行うため、看護師との連携をとっての作成となることから、当ステーション看護師が通常の理学療法士の訪問とは別に一度訪問させていただきます。その後は3ヶ月に1回程度、同様に訪問させていただきます。なお、市区町村によって3ヶ月に1回以外での頻度での看護師訪問を定めている場合は、その頻度に応じて対応いたします。看護師の定期的な訪問に伴う費用については、5. 料金 1) 訪問看護サービスの基本料金に準じて算定し、ご請求させていただきます。

12 事業所の運営方針

「人を見る、生活を見る、地域を見る」を基盤とし、常にお客様から頼られる存在であり続けるため、質の良いサービスを提供してまいります。

13 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当社でのサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応いたします。

事業所内相談窓口:03-3703-0810 担当:平山 亮

次の公的機関においても相談ができます。

○ お住いの区の高齢福祉に関する相談窓口

・世田谷区	九品仏あんしんすこやかセンター	03-6411-6047
	奥沢あんしんすこやかセンター	03-5726-3511
	等々力あんしんすこやかセンター	03-3705-6528
	深沢あんしんすこやかセンター	03-5779-6670
	上野毛あんしんすこやかセンター	03-3703-8956
・大田区	福祉部介護保険課介護サービス担当(区役所本庁舎)03-5744-1655	
・目黒区	南部包括支援センター	03-5724-8033
	西部包括支援センター	03-5701-7244

○ 東京都国民健康保険団体連合会

所在地 : 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 東京区政会館11階
TEL : 03-6238-0177(介護相談窓口担当係)
受付時間 : 午前9時より午後5時まで(土日祝祭日を除く)

令和 年 月 日

サービスの締結にあたり、重要事項を説明しました。

事業者	所在地	東京都世田谷区奥沢6-25-1
	名称	カンデラ・メディカルケア世田谷本店
説明者		平山 亮

サービス契約の締結にあたり、説明を受け同意しました。

【お客様】ご住所 _____

お名前 _____

【代理人】ご住所 _____

お名前 _____

お客様とのご関係 ()