指定訪問看護事業者　（医療保険）

重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供にあたり、当事業者が、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1　事業者（法人）の概要

事業所名 所在地	有限会社　真謝 川崎市麻生区向原　3 丁目 11－6
代表者（職名・氏名）	代表取締役　真謝　清美
サービス提供地域	麻生区　多摩区　宮前区　青葉区の一部

2　事業所の概要

事業所名 所在地	ケア工房・真謝 川崎市麻生区王禅寺西 1 丁目 44-1 第二芙蓉ビル 102 号
事業所番号	5690060　号
サービス提供地域	麻生区　多摩区　宮前区　青葉区の一部

3　事業所の職員体制等

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・職種
看護師	常勤 3 人　非常勤 5 人	理学療法士	常勤 0 人　非常勤 0 人
保健師	常勤 0 人　非常勤 0 人		

4　営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで。 ただし、国民の休日（振替休日を含む）及び年末年始（12/30～1/3）を除きます
営業時間	午前 9 時から午後 4 時 30 分まで ただし、24 時間の連絡対応体制を整えています

5　運営の方針

1　訪問看護の実施に当たっては、あなたの心身の状況等を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに、あなたの生活の質が高められるように在宅療養生活の充実に向けて支援します。

2　事業の実施に当たっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、総合的な支援を心がけます。

6　サービスの内容

1　「訪問看護」は、あなたの居宅において看護師その他省令で定める者が、療養上の世話または必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき、次の内容を行いす。
①病状・全身状態の観察　②清拭・洗髪等などの清潔保持　③食事及び排泄等日常生活ケア　④褥瘡の予防及び処置　⑤リハビリテーション　⑥ターミナルケア　⑦認知症の看護　⑧療養生活や介護方法の指導　⑨カテーテル等の管理　⑩その他医師の指示による医療処置　等

2　事業者は、あなたの希望される日時を考慮し、サービスを提供します。

7　利用者負担金

（1）あなたから頂く利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で下記のとおりです。

(2) 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、現金またはご指定の口座から引き落とし（川崎信用金庫　柿生支店　27 日頃）とさせて頂きます。

【利用者負担金】（医療保険法定利用料）

・（基本療養費＋管理療養費＋物価対応料＋加算＋ベースアップ評価料）×負担割合となります。

基本療養費Ⅰ	週 3 日目まで	5,550 円／日
	週 4 日目以降	6,550 円／日
基本療養費Ⅱ（同一建物居住者）	週 3 日目まで（同一日に 2 人）	5,550 円／日
	週 4 日目以降（同一日に 2 人）	6,550 円／日
	週 3 日目まで（同一日に 3 人以上 9 人以下）	2,780 円／日
	週 4 日目以降（同一日に 3 人以上 9 人以下）	3,280 円／日
精神科訪問看護基本療養費Ⅰ	週 3 日目まで 30 分未満	4,250 円／日
	週 3 日目まで 30 分以上	5,550 円／日
	週 4 日目以降 30 分未満	5,100 円／日
	週 4 日目以降 30 分以上	6,550 円／日
精神科訪問看護基本療養費Ⅲ（同一建物居住者）	週 3 日目まで 30 分未満（同一日に 2 人）	4,250 円／日
	週 3 日目まで 30 分以上（同一日に 2 人）	5,550 円／日
	週 4 日目以降 30 分未満（同一日に 2 人）	5,100 円／日
	週 4 日目以降 30 分以上（同一日に 2 人）	6,550 円／日

管理療養費	月の初日の訪問	7,710 円
	2 日目以降の訪問（単一建物居住者が 20 人未満）	3,010 円／日

物価対応料	月の初日の訪問	60 円
	2 日目以降の訪問	20 円／日

24 時間対応体制加算			6,520 円／月
特別管理加算	（酸素や点滴など特別な管理を必要とする場合）		2,500 円／月
	重症度の高い場合（常にカテーテルなどを使用している場合）		5,000 円／月
難病等複数回訪問加算	1 日に 2 回	同一建物内に 1 人又は 2 人	4,500 円／日
		同一建物内に 3 人以上 9 人以下	4,000 円／日
	1 日に 3 回	同一建物内に 1 人又は 2 人	8,000 円／日
		月 20 日目まで（同一建物内に 3 人以上 9 人以下）	7,200 円／日
		月 21 日目以降（同一建物内に 3 人以上 9 人以下）	6,900 円／日
緊急訪問看護加算	月 14 日目まで		2,650 円／日
	月 15 日目以降		2,000 円／日
長時間訪問看護加算	90 分以上時間が必要な場合（※特別管理加算算定者、特別訪問看護指示書発行利用者に限定されます）		5,200 円／週 1 日
乳幼児加算	6 歳未満		1,400 円／日
複数名訪問看護加算	他の看護師と同時	同一建物内 1 人又は 2 人	4,500 円／週 1 日
		同一建物内に 3 人以上 9 人以下	4,000 円／週 1 日
	他の准看護師と同時	同一建物内 1 人又は 2 人	3,800 円／週 1 日
		同一建物内に 3 人以上 9 人以下	3,400 円／週 1 日
	他の看護補助者と同時	同一建物内 1 人又は 2 人	3,000 円／週 3 日
		同一建物内に 3 人以上 9 人以下	2,700 円／週 3 日
早朝・夜間加算（6 時～8 時・18 時～22 時）	同一建物内 2 人		2,100 円／日
	同一建物内 3 人以上 9 人以下	月 15 日目まで	2,100 円／日
		月 16 日目以降	1,900 円／日
深夜加算（22 時～6 時）	同一建物内 2 人		4,200 円／日
	同一建物内 3 人以上 9 人以下	月 15 日目まで	4,200 円／日
		月 16 日目以降	4,000 円／日
退院時共同指導加算	退院前にカンファレンスを行った場合（※厚生労働大臣が定める疾病のご利用者様は月 2 回算定可能）		8,000 円／月
	特別管理指導加算	特別管理加算算定者は上記に上乗せ	＋2,000 円／月
退院支援指導加算	厚生労働大臣が定める疾病、特別管理加算算定者において退院日に訪問が必要な場合		6,000 円／月
	長時間訪問看護加算算定可能なご利用者様に、90 分を超えた場合、又は複数回訪問が必要で合計 90 分を超えた場合		8,400 円／月
在宅患者連携指導加算	利用者の同意を得て、医療機関、訪問診療、訪問薬剤、薬局と月 2 回以上文書等により情報共有を行い、必要な指導を行った場合		3,000 円／月

在宅患者緊急時等 カンファレンス加算	急変や診療方針の変更に伴い開催されたカンファレンスにより指導を行った場合	2,000 円／ 月 2 回まで
看護・介護職員連携 強化加算	喀痰吸引等の継続的な支援が必要なご利用者様の場合に、看護師が喀痰吸引等の業務を行う介護職員等の支援を行った場合	2,500 円／月
医療 DX 情報活用加算	電子資格確認により、診療情報を取得した上で訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合	50 円／月
医療情報連携加算	関係職種が ICT を用いて記録した診療情報等を活用した上で、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合	1,000 円／月

ベースアップ評価料(Ⅰ)	勤務する職員の賃金の改善を図る体制を評価するもの	1,830 円／月

・訪問看護情報提供療養費　1,500 円
①市町村　②利用者様が初めて在籍することになる義務教育諸学校　③保健医療機関に必要に応じて情報を提供した場合に算定いたします。
・訪問看護ターミナルケア療養費　25,000 円
在宅で死亡した利用者様（ターミナルケアを行った後、24 時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む）の死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 回以上の訪問看護を行った場合、当該月につき算定いたします。

【負担割合】

義務教育就学前			2 割
義務教育就学後　～　70 歳未満			3 割
70 歳以上 75 歳未満	現役並み所得者以外		2 割
	現役並み所得者		3 割
後期高齢者医療の対象者 （75 歳以上の方または 65 歳以上で障害認定を受けた方）		現役並み所得以外	1 割
		一定所得以上の者	2 割
		現役並み所得者	3 割

法令により、利用料の 10 円未満は四捨五入となります。
重度心身障害者医療、特定医療費（指定難病）医療受給者証、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担が変わります。

【自己負担限度額】（所得区分により異なります）
・70 歳未満の方で「限度額摘要認定証」または「限度額摘要・標準負担額減額認定証」をお持ちの場合（認定証をお持ちでない場合は、定率の負担割合となります）

所得区分		自己負担限度額
上位所得者	ア	270,300 円 +（総医療費－901,000 円）×1%
	イ	179,100 円 +（総医療費－597,000 円）×1%
一般所得者	ウ	85,800 円 +（総医療費－286,000 円）×1%
	エ	61,500 円
低所得者	オ	36,900 円

・70 歳以上の方

所得区分		自己負担限度額
現役並み所得者	ア	270,300 円 +（総医療費－901,000 円）×1%
	イ	179,100 円 +（総医療費－597,000 円）×1%
	ウ	85,800 円 +（総医療費－286,000 円）×1%
一般所得者	エ	22,000 円
低所得者	オ	11,000 円
	カ	8,000 円

ア＝健保 83 万円以上／国保 901 万円超　イ＝健保 53 万円～79 万円／国保 600 万円越～901 万円
ウ＝健保 28 万円～50 万円／国保 210 万円越～600 万円　エ＝健保 26 万円以下～国保 210 万円以下
オ＝市町村民税非課税世帯　カ＝市町村民税非課税で所得がない世帯
◆1 ヵ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市町村へ申請しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。※いずれも医療費控除の対象となります。

【その他の利用料】

項目	内訳		金額
休日料金	営業日以外に訪問した場合　30 分毎に ＊時間外の場合は下表の金額も加算有		2,000 円
保険対象外料金	・週 4 日目以降医療対象外の場合	18：00 ～ 22：00	5,000 円
	・90 分を超えた場合	22：00 ～　6：00	6,000 円
	・死亡診断後のサービス等	6：00 ～　8：00	5,000 円
	30 分毎に	8：00 ～ 18：00	4,000 円

【その他の実費扱いとなる費用】
訪問に係る交通費…往復 3ｋｍ未満 200 円 往復 3～5ｋｍ未満 300 円 往復 5～10ｋｍ未満 500 円
往復 10 ㎞以上は上記 500 円に加えて 1 ㎞ 100 円追加で頂戴いたします。また公共機関を使用した場合や、駐車場が無く有料駐車場を利用しないと訪問できない場合には、実費でのご負担をお願い致します。
ご遺体のケア料（エンゼルケア）…10,000 円
ご遺体のお化粧（エンゼルメイク）…5,000 円　（※ご希望により）
＊永眠後は保険適応とならないため保険対象外料金扱いとなります。

8　キャンセル料

訪問のキャンセルをされる場合、前営業日の午後 5 時までの連絡は無料です。それ以降のキャンセルは、訪問予定金額全額を請求致します。ただし、容体の急変など体調不良による場合は頂きません。

9　サービスに対する苦情窓口

（1）　事業者が行う訪問看護サービスについてのご相談や苦情は、相談窓口で承ります。
　　担当者　伊藤 貴美子　　044-969-5831　　又は相談室へお越しください。

(2)　当事業所以外に、市役所、区役所の苦情窓口にも伝えることが出来ます。

10　緊急時及び事故発生時の対応方法及および損害賠償

（1）　緊急時及び事故発生時にあっては、緊急対応のうえ利用者の主治医へ連絡し指示に従います。また、登録されている緊急連絡先に連絡いたします。

（2）　事業者が提供する訪問看護サービスにおいて、生命・身体・財産などに損害を与えた場合は、速やかに損害賠償の対応をします。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合は、この限りではありません。

11　秘密の保持

事業所が行う指定訪問看護において、業務上知り得たあなたの情報は固く秘密を保持します。
従業員が退職した後も、在職中に知り得た秘密を漏らすことが無いよう必要な措置を講じます。

12　その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

① 看護師等は年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いは致しません
② 同居家族に対する訪問看護サービスは禁止されております
③ 看護師等に対する贈り物や、飲食のもてなしはお断りします
④ 看護師等に対する暴力、暴言、侮辱、威圧的な言動、性的な言動、過度な要求はお控えください。状況により、担当者の変更や訪問方法の見直し、サービス提供の中止をお願いすることがあります。

令和　　年　　月　　日

事業者は、あなたへのサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。
あなたの申し込みを受諾し、この契約に定めるサービスを誠実に責任もって行います。

事業者　住所　　川崎市麻生区向原　3 丁目 11－6
　　事業者（法人）　　有限会社　真謝
　　代表者職・氏名　　代表取締役　真謝　清美　　㊞

　　説明者職・氏名　　管理者　　伊藤　貴美子

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意し交付を受けました。
また、この文書が契約書の一部となることについても同意します。

〒
利用者　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿－＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行者（又は法定代理人）

〒
住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）

〒
立会人　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）