

重要事項説明書（医療保険用）

□ 1. 事業所の概要

事業所名	倉敷しげい訪問看護ステーション
所在地	〒710-0051 岡山県倉敷市幸町2-30
管理者・連絡先	森分 涼子 TEL: 086-422-8111
訪問看護提供地域	倉敷市（水島、玉島、児島、船穂、真備を除く）

□ 2. 事業所の職員体制等

職 種	人 員
管理者	1 名
看護師	2.5名以上（常勤 名 非常勤 名）
理学療法士等	必要に応じ配置（常勤 名 非常勤 名）

□ 3. 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日 9:00～17:30

但し、国民の祝日、年末年始を除く。

□ 4. 訪問看護の目的

- (1) 利用者に対し、可能な限り居宅においてその有する能力に応じた療養生活を営むことができるように、訪問看護を提供します。
- (2) 主治医が診療に基づいて、病状の急性増悪や終末期により、頻回な訪問看護が必要と認めたととき、特別訪問看護指示書により、2週間、医療保険で点滴や処置を行います。

□ 5. 個別サービス計画等

- (1) 事業者は、利用者の療養生活の状況及びその意向を踏まえて、訪問看護計画を作成し、これに従って計画的に訪問看護を提供します。訪問看護計画は利用者に説明のうえ提出します。
- (2) 事業者は、利用者が訪問看護の内容や提供方法等の変更を希望する場合は、速やかに訪問看護計画の変更等の対応を行います。

□ 6. 訪問看護提供の記録等

- (1) 事業者は訪問看護状況、目標達成の状況等について、毎回記録を作成します。

(2) 当事業所は、利用者およびその家族が希望した場合には、「しげい病院における診療記録等の開示要項」に準じて看護記録の開示を行います。ご希望の際は、当事業所までお問い合わせください。

(3) 担当看護師

- 担当看護師は次のとおりです。担当看護師を中心に数人でローテーションを組んで訪問にまいります。

担当者氏名： _____

□7. 利用者負担金について

(1) 利用者負担金は、翌月一括して10日頃に請求書を郵送いたします。基本的には口座自動振替でお支払いいただきます。また、口座引き落とし済みの前月分領収書も同封いたします。

(2) 医療保険による利用料は以下の通りです。

指定訪問看護を提供した場合の利用料の額は厚生大臣が定める基準のものとする。

- 訪問看護情報提供療養費・・・1,500円（負担金：1～3割）

① 居住地の市町村、保健所、精神保健福祉センターに情報提供を行った場合

- 24時間対応体制加算・・・月1回6,800円(利用者の方の同意がある場合)

必要時の緊急訪問に加えて、営業時間外における利用者や家族への指導等による日々の状況の適切な管理を電話などによって看護に関する意見を求められた場合に算定

- 緊急訪問看護加算・・・2,650円：月14日目まで 2,000円：月15日目以降

利用者家族等の求めに応じて主治医の指示により訪問を行った場合

- 特別管理加算・・・毎月1回、①・②の方は2,500円、③の方は5,000円

①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、

在宅人工呼吸指導管理、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を受けている状態

②人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を越える褥瘡の状態、

在宅患者訪問点滴注射指導管理指導料を算定している方

③在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態の方

気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態の方

- 専門管理加算・・・2,500円

専門の研修を修了した看護師が訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合

- 訪問看護医療DX情報活用加算・・・月1回50円

電子資格確認により利用者の診療情報を取得等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

(3) 以下の項目は実費をいただきます。

- ①死後の処置料 10,000 円
- ②営業日以外の訪問看護料：1日 3,000 円
- ③指定訪問看護に要した交通費
 - ア. ステーションから、片道 2 km未満 無料
 - イ. ステーションから、片道 2 km以上 5km 未満 100 円
 - ウ. ステーションから、片道 5 km以上 10km 未満 250 円
 - エ. ステーションから、片道 10 km以上 500 円

(4) その他保険対象外の訪問看護料は実費となります。

- ①営業時間内の訪問看護料 30分 3000 円
- ②営業時間外
 - ア、夜間早朝（18時～22時、6時～8時）：30分当たり 3,750 円
 - イ、深夜（22時～6時）：30分当たり 4,500 円

(5) キャンセル

1. 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、当日午前9時までにご連絡ください。それ以後はキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。
2. キャンセル料は利用者負担の支払に合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料
当日午前9時までの ご連絡によるキャンセル	無 料
それ以後のキャンセル	基本利用料の1割

ただし、ご利用者の容態の急変など緊急及びやむをえない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

□8. 利用者の解約権

利用者は、事業者に対し、いつでも1週間以上の予告期間をもって、この契約を解約することができます。

□9. 事業者の解除権

事業者は、利用者やその家族、身元保証人などの著しい不信行為等により契約を継続することが困難となった場合は、1週間以上の予告期間をもって、その理由を記載した文書によりこの契約を解除することができます。ただし、事業者が訪問看護の業務を継続できない特別な事情が生じた場合には、予告期間をもたず契約を解除する場合があります。

□ 1 0. 事故発生時の対応

事業者は、利用者に対する訪問看護提供により事故が発生した場合は、速やかに家族等に連絡を行うと共に必要な措置を講じます。また利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、保険会社と相談の上、対応を行います。

□ 1 1. 非常災害対策

災害の状況により出来る限りの安全を確保した上で、訪問を打ち切ることもあります。実際に地震等の災害が発生した場合は、各自ですべきことや避難方法、連絡方法等を家族で話し合っておいてください。災害による緊急訪問依頼には対応していません。有事の際は、県内の訪問看護ステーションと協働し、出来る限りサービス提供を継続できるよう努めます。

①	非常災害時のキーパーソン	
②	避難場所	
③	家族の連絡先	

□ 1 2. 秘密保持

- (1) 事業者は、訪問看護を提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。

□ 1 3. 個人情報の使用

- (1) 事業者は病院、診療所、薬局及び居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所等とのカンファレンスによる連携・照会等において、利用者及び利用者の家族の個人情報を必要に応じて利用いたします。
- (2) 事業者は、在宅療養をサポートする病院、診療所、介護事業者やその他の関係者と連携を図る目的で、適切と認める通信手段等（電話や医療連携ネットワークシステム、非公開型医療介護専用コミュニケーションシステム等の IT、ICT システムを含む）を用いて、個人情報を共有・提供いたします。

□ 1 4. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業者は利用者の人権の擁護・虐待等の防止のための専任の担当者を選任し、次の措置を講じるものとする。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の開催及び結果の周知
- (2) 虐待の防止のための指針の整備
- (3) 虐待防止のための従業者に対する研修の実施（年 1 回以上、新規採用時）

□ 1 5. 身体的拘束等の適正化に関する事項

事業者は、訪問看護サービスの提供に当たり、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するためにやむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行わない。身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録するものとする。

□ 1 6. 苦情処理体制

事業者は訪問看護の提供に当たり、利用者及び利用者の家族より苦情の申し出があった場合には、迅速に訪問看護の内容を検討し改善に努めます。

○相談、要望、苦情等の窓口

居宅サービス等に関する相談、要望、苦情等は、管理者又は下記の窓口までお申し出下さい。

当事業所相談窓口	電話番号	086-422-8111
	ファックス番号	086-422-3670
	相談責任者	内藤 進
	担当者	森分 涼子
	対応時間	9:00~17:30 (土日祝日を除く)

訪 問 看 護 申 請 書

申込日 令和 年 月 日

倉敷しげい訪問看護ステーション殿

私は、本書面に基づいて当施設の職員（職名_____氏名_____）から重要事項の説明を受け確認致しました。その内容に同意致します。

また緊急・災害時において、生命・身体の保護のため利用者の安否情報を事業者が行政に提供すること、及び個人情報の取り扱いについても十分理解の上、同意いたします。

倉敷しげい訪問看護ステーションの訪問看護を利用したいので、申し込み致します。
(利用者)

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

(申込者)

住所 _____

氏名 _____

電話 _____

(緊急時連絡先)

家族電話番号 ① _____

② _____

かかりつけ医・医師名

病院 _____

医師名 _____