

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 稲門会
代表者名	理事長 岡山達志
所在地・連絡先	(住所) 京都市左京区岩倉上蔵町101 (電話) 075 711 2171 (FAX) 075 722 7898

2 事業所の概要

(1) 事業所名及び事業所番号

事業所名	医療法人 稲門会 訪問看護ステーション いなほ
所在地・連絡先	(住所) 京都市左京区岩倉上蔵町60番地 (電話) 075 711 2209 (FAX) 075 711 2205
介護保険事業所事業者番号	京都市指定 2660690088号
管理者の氏名	谷本 知子

(2) 訪問看護ステーションの職員体制

職種	人員	人員	計
	常勤	非常勤	
管理者	1名		1名
看護師	6名	2名	8名
作業療法士	1名	0名	1名
合計			10名

(3) 営業日のご案内

営業日 : 月曜日から土曜日まで

休業日 : 日曜日、祝日、12月30日～1月4日

営業時間 : 午前8時45分から午後5時まで

※24時間対応体制加算契約利用者に対して、24時間体制にて電話でのご相談及び緊急時訪問を致します。営業時間外には 090-3628-9822 にご連絡ください。

(4) 営業地域

京都市の次の区域とします。

左京区（八瀬、市原野小学校区以南の地域） 北区（柊木野小学校区以南、鷹峯、金閣寺、大將軍小学校区以東の地域） 上京区 （その他地域に関してはご相談に応じます。）

3 訪問看護サービスの内容

- ・病状や身体状況の観察、健康管理
- ・認知症の方への看護
- ・日常生活への助言や生活力回復のためのお手伝い
- ・精神疾患の方への看護
- ・薬を飲み忘れる方への援助
- ・在宅療養に関するご相談や助言

4 苦情のご相談は 下記までご連絡ください

担当窓口 電話番号（０７５） ７１１ ２２０９

担当者 谷本 知子

相談時間 ９：００から１７：００

5 緊急時等における対応

訪問看護の提供を行っている際に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、必要な手当てを臨機応変に行うとともに、速やかにご家族、主治医に連絡を行います。

主治医への連絡が困難な場合は緊急搬送等の必要な措置を講じます。

6 事故発生時の対応

- （１）利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、当該利用者のご家族、当該利用者に係る居宅支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- （２）利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7 虐待の防止

利用者の人権擁護、虐待防止等のため、以下の措置を講じます。

- （１）虐待防止のための指針を整備し、職員に対し周知徹底を図ります。
- （２）虐待防止のための研修を定期的実施するとともに、措置を適切に実施するための担当者をおくものとします。
- （３）事業所は、利用者が当該事業所職員又は擁護者（利用者のご家族等現に擁護する者）による虐待を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

8 個人情報利用の目的

個人情報保護のため「個人情報の保護に関する法律」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守します。

当事業において利用者の個人情報使用目的は以下のとおりです。

- （１）当事業所が利用者等に提供するサービス
- （２）業務の改善、維持のための資料
- （３）居宅介護支援事業所や医療機関等に対する情報提供
- （４）学生等の教育実習協力
- （５）保険請求業務
- （６）業務上必要な行政への対応
- （７）家族へ心身の状況説明および家族からの問い合わせ対応
- （８）損害賠償保険等に係る保険会社への相談又は届出
- （９）第三者評価及び外部監査

9 感染対策・業務継続に向けた取り組み

事業所は、感染症や災害が発生した場合でも必要な訪問看護を継続的に提供できる体制を構築するために次の措置を講じます。

- (1) 感染対策・業務継続に関する定期的な会議の開催
- (2) 感染対策・業務継続に関する指針の整備
- (3) 定期的な研修及び訓練の実施
- (4) 職員個人の健康管理

10 担当の訪問看護師

- ・ あなたの担当者は_____です。
- ・ 事業者の都合により担当を交代することがあります。担当を交代する場合はご利用者及びそのご家族に対して不利益が生じないよう十分配慮するものとします。
- ・ 訪問看護師は、身分証明書を携帯します。必要な場合は提示をお求め下さい。

11 ご利用に当たってのお願い

- ・ 保険証や医療受給者証等を確認させていただきます。これらの書類について内容に変更が生じた場合は、必ずお知らせ下さい。
- ・ 台風や地震など予期せぬ自然災害により交通機関に重大な支障が発生した場合、訪問時間・曜日変更の相談をさせていただく場合があります。
- ・ 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の訪問看護師又は当事業所へご連絡ください。
- ・ 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- ・ 家族の方に対しての訪問看護を行うことは出来ませんのでご了承ください。

12 ご利用料金など

	医療保険による訪問看護
訪問看護を利用できる方	主治医が訪問看護を必要と判断した方 (1) 介護保険の対象でない（非該当の）方 (2) 介護保険の利用者のうち、厚生労働大臣が定めた疾患や状態の方

基本利用料	<p>精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）：１日につき 訪問時間 30 分未満 4,250 円（週 3 日まで） 5,100 円（週 4 日目以降） 30 分以上 5,550 円（週 3 日まで） 6,550 円（週 4 日目以降）</p> <p>精神基本療養費（Ⅲ）同一建物居住者：１日につき 訪問時間 30 分未満 4,250 円（週 3 日まで） 5,100 円（週 4 日目以降） 30 分以上 5,550 円（週 3 日まで） 6,550 円（週 4 日目以降）</p> <p>精神基本療養費（Ⅳ）：入院中における外泊中の訪問 1 日につき 8,500 円 訪問看護管理療養費：月の 1 日目 7,670 円 訪問看護管理療養費 1：月の 2 日目以降 1 日につき 3,000 円</p> <p>訪問看護医療 DX 情報活用加算：ひと月につき 50 円 訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ：ひと月につき 780 円 訪問看護ベースアップ評価料Ⅱ：ひと月につき 0 円</p> <p>退院時共同指導加算：退院、退所前の関係者会議に出席した場合 1 回につき 8,000 円 退院支援指導加算：退院、退所日の訪問 1 日につき 6,000 円 情報提供療養費：関係機関へ情報提供をした場合ひと月につき 1,500 円 24 時間対応体制加算：ひと月につき 6,520 円</p> <p>*総費用額の 1、2、3 割（保険の種類によってご負担額が異なります。） *自立支援医療（公費負担）については別途ご相談下さい。</p>
-------	---

	<p>夜間の訪問看護</p> <p>(1) 夜間(午後6時から午後8時まで) 早朝(午前6時から午前8時まで) に提供した場合は 1.25 倍の利用料金となります。</p> <p>(2) 深夜(午後8時から午前6時まで) に提供した場合は 1.5 倍の利用料金となります。</p>
	<p>交通費</p> <p>(1) 当事業所の通常のサービス実施地域(営業地域) は原則無料と致します。</p> <p>京都市の次の区域とします。</p> <p>左京区(八瀬、市原野小学校区以南の地域)</p> <p>北区(柊木野小学校区以南、鷹峯、金閣寺、大將軍小学校区以東の地域)</p> <p>上京区</p> <p>(2) 上記以外の方: 訪問に要した交通費は実費を頂きます。</p> <p>尚、自動車を利用した場合は下記の額を頂きます。</p> <p>通常の実施地域から 片道 5キロメートル未満 100円</p> <p>通常の実施地域から 片道 5キロメートル以上 10キロメートル未満 200円</p> <p>通常の実施地域から 片道 10キロメートル以上 300円</p> <p>その他</p> <p>日常生活上必要な物品(おむつ等) は実費を頂きます。</p>

訪問看護契約・同意書

私は訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受け、これに基づいて契約を結びます。

また、私の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに同意します。

利用者（または代理人） 氏名 _____

住所 _____

電話 _____

私（ご家族）の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに同意します。

氏名 _____

住所 _____

電話 _____

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者

事業所名 稲門会 訪問看護ステーション いなほ

住所 京都市左京区岩倉上蔵町 60 番地

管理者氏名 谷本 知子

説明者 _____

情報提供について

当事業所はよりよい訪問看護サービスを提供する為に、利用者の同意を得て、関係機関からの求めに応じて文書による情報提供を行います。

（１）居住地を管轄する市町村（障害保健福祉課）への情報提供に

１．同意します。 ２．同意しません。（１． ２． いずれかに丸をしてください。）

（２）入院などによる医療機関への情報提供に

１．同意します。 ２．同意しません。（１． ２． いずれかに丸をしてください。）

（３）相談支援事業所や居宅介護支援事業所への情報提供に

１．同意します。 ２．同意しません。（１． ２． いずれかに丸をしてください。）

この契約の締結を証するため、本証 2 通を作成し、当事者双方記名のうえ、各自 1 通を所持致します。

契約年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日