

訪問看護事業所

（ 医療保険 ）

《 重要事項説明書 》



白河病院訪問看護ステーション

訪問看護重要事項説明書（医療）

（令和 6 年 6 月 1 日現在）

1，事業の目的

要介護状態となった場合においても、可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ快適な療養生活を送れるよう主治医と連携し適切な訪問看護サービスを提供します。

2，運営の方針

目的を達成するため心身状況を踏まえて、療養生活を支援し心身の機能の維持回復を目指し地域と連携し適切な運営を行います。

3，サービス内容

- ① 病状・障害・全身状態の観察
- ② 清潔の保持など日常生活の世話
- ③ 床ずれの予防・処置
- ④ 療養生活や介護方法の助言
- ⑤ カテーテル等の管理
- ⑥ リハビリテーション
- ⑦ その他必要な事項

4，事業所の概要及び実施地域

事業所名称	白河病院訪問看護ステーション
所在地	〒961-0092 福島県白河市六反山 10 番地 1
指定番号	0770501500 号
通常実施地域	白河市 西郷村

5，職員体制

管理者	看護師 西川 香織
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	1. 主治医の指示に基づき適切な訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 2. 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3. 従業員に、法令等の規定を順守させるため必要な指揮命令をおこないます。	常勤 1 名
看護職員	1. 訪問看護の提供の開始に際し、主治医から文書による指示を受けるとともに、主治医に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、密接な連携を図ります。 2. 主治医の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに利用者等への説明を行い同意を得ます。	非常勤 2 名以上 （その他、管理者 1 名）

	3. 訪問看護の実施状況の把握、及び訪問看護計画の変更を行います。 4. 利用者の病状、心身の状況、及びその置かれている環境の適切な把握に努め、利用者、又はその家族に対し、適切な看護を行います。 5. サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業と連携を図ります。	
事務職員	1. 医療費の請求事務、及び通信連絡事務等を行います。	常勤 1 名

6， 営業日及び営業時間

営業日：月曜日から金曜日 午前 8 時 30 から 17 時 20 分まで

休日：土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12/31 から 1/3）

7， 相談・要望・苦情等の窓口

常 設 窓 口	電話 0248-23-2701	
担 当 者	氏名 西川 香織	営業時間内対応

8. サービス利用料金

(1) 利用料

健康保険法令の医療報酬基準上の額によります。

医療保険や後期高齢者医療摘要の場合は、医療報酬額の1割・2割・3割が利用者負担額となります。

(表は利用負担額)

	サービス・診療報酬の内容	自己負担 1割	自己負担 2割	自己負担 3割
基 本 項 目	□訪問看護基本療養費(Ⅰ)イ(保健師、助産師、看護師) (同一建物、同一日に2人まで) 週3回目まで：5,550円/回 週4回目以降：6,550円/回 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケア に係る専門の研修を受けた看護師による場合 ：12,850円/月	555円 655円	1,110円 1,310円	1,665円 1,965円
	□訪問看護基本療養費(Ⅰ)ロ(准看護師) (同一建物、同一日に2人まで) 週3回目まで：5,050円/回 週4回目以降：6,050円/回	505円 605円	1,010円 1,210円	1,515円 1,815円
	□訪問看護基本療養費(Ⅱ)イ(保健師、助産師、看護師) (同一建物、同一日に3人以上) 週3日目まで：4,300円/回 週4日目以降：5,300円/回 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア又は褥瘡ケア に係る専門の研修を受けた看護師による場合 ：12,850円/日	430円 530円	860円 1,060円	1,290円 1,590円
	□訪問看護基本療養費(Ⅱ)ロ(准看護師) (同一建物、同一日に3人以上) 週3回目まで：5,050円/回 週4回目以降：6,050円/回	505円 605円	1,010円 1,210円	1,515円 1,815円
	□訪問看護基本療養費(Ⅲ) 8,500円/日	850円	1,700円	2,550円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)イ(保健師、看護師、作業療法士) 週3日目まで30分以上の場合 5,550円 週3日目まで30分未満の場合 4,250円 週4日目以降30分以上の場合 6,550円 週4日目以降30分未満の場合 5,100円	555円 425円 655円 510円	1,110円 850円 1,310円 1,020円	1,665円 1,275円 1,965円 1,530円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)ロ(准看護師) 週3日目まで30分以上の場合 5,050円 週3日目まで30分未満の場合 3,870円 週4日目以降30分以上の場合 6,050円 週4日目以降30分未満の場合 4,720円	505円 387円 605円 472円	1,010円 774円 1,210円 944円	1,515円 1,161円 1,815円 1,416円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅱ) 1,600円	160円	320円	480円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)イ(保健師、看護師、作業療法士) (同一建物、同一日に2人まで) 週3日目まで30分以上の場合 5,550円 週3日目まで30分未満の場合 4,250円 週4日目以降30分以上の場合 6,550円 週4日目以降30分未満の場合 5,100円	555円 425円 655円 510円	1,110円 850円 1,310円 1,020円	1,665円 1,275円 1,965円 1,530円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)ロ(准看護師) (同一建物、同一日に2人まで) 週3日目まで30分以上の場合 5,050円 週3日目まで30分未満の場合 3,870円 週4日目以降30分以上の場合 6,050円 週4日目以降30分未満の場合 4,720円	505円 387円 605円 472円	1,010円 774円 1,210円 944円	1,515円 1,161円 1,815円 1,416円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)イ(保健師、看護師、作業療法士) (同一建物、同一日に3人以上) 週3日目まで30分以上の場合 2,780円 週3日目まで30分未満の場合 2,130円 週4日目以降30分以上の場合 3,280円 週4日目以降30分未満の場合 2,550円	278円 213円 328円 255円	556円 426円 656円 510円	834円 639円 984円 765円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)ロ(准看護師) (同一建物、同一日に3人以上) 週3日目まで30分以上の場合 2,530円 週3日目まで30分未満の場合 1,940円 週4日目以降30分以上の場合 3,030円 週4日目以降30分未満の場合 2,360円	253円 194円 303円 236円	506円 388円 606円 472円	759円 582円 909円 708円
	□精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)(外泊者への訪問看護) 8,500	850円	1,700円	2,550円
	□訪問看護管理療養費 1日目：7,670円/日 2日目以降：2,500円/日	767円 250円	1,534円 500円	2,301円 750円

その他加算一下記料金が加算されます。

	サービス・診療報酬の内容	自己負担 1割	自己負担 2割	自己負担 3割
加 算 項 目	□難病等複数回訪問加算：1日に複数回訪問実施可能な人が対象 2回：4,500円/日 3回以上：8,000円/日	450円 800円	900円 1600円	1350円 2400円
	□特別管理加算：医療器具装着者への管理が必要な人が対象 Ⅰ 気管カニューレ・留置カテーテル管理など 5,000円/月 Ⅱ その他 2,500円	500円 250円	1000円 500円	1500円 750円
	□24時間対応体制加算：24時間連絡体制に加え、必要に応じ 緊急訪問を行う体制 6,800円/月	680円	1280円	1920円
	□早朝訪問看護加算：午前6時から午前8時まで指定訪問看護を行った場合 2,100円/日	210円	420円	630円
	□夜間訪問看護加算：午後6時から午後10時まで指定訪問看護を行った場合 2,100円/日	210円	420円	630円
	□深夜訪問看護加算：午後10時から午前6時まで指定訪問看護を行った場合 4,200円/日	420円	840円	1260円
	□ 訪問看護情報提供療養費：市町村への指定訪問看護の状況を提供した場合 1,500円/月	150円	300円	450円
	□ 訪問看護ターミナルケア療養費：特養などで見取り介護加算を未算定の場合 25,000円/死亡後	2500円	5000円	7500円
	□ 訪問看護ターミナルケア療養費：特養などで見取り介護加算を算定の場合 10,000円/死亡後	1,000円	2,000円	3,000円
	□ 長時間訪問看護加算：90分以上訪問看護を実施(看護師) 4,500円/週1回	450円	900円	1,350円
	□ 複数名訪問看護加算：複数名で介護した場合 看護師が同行の場合 4,300円/週1回 准看護師が同行の場合 3,800円/週1回	430円 380円	860円 760円	1290円 1,140円
	□ 退院時共同指導加算：退院・退所に共同で指導、文書提供 8,000円	800円	1600円	2400円
	□ 特別管理指導加算：退院・退所時に酸素・気管カニューレ・留 カテーテル管理している場合 2,000円	200円	400円	600円
	□ 退院支援指導加算：退院日に療養上必要な指導を実施 1回につき6,000円	600円	1200円	1800円
	□ 退院支援指導加算：退院日に療養上必要な指導を実施（長時間の訪問を要する場合） 1回につき8,400円	840円	1,680円	2,520円
	□ 在宅患者連携指導加算：文書による情報の共有・指導 3,000円	300円	600円	900円
	□ 在宅患者緊急時カンファレンス加算：関係職種が共同で患者に 赴き、カンファレンスし、共同で療養上必要な指導を実施 2,000円	200円	400円	600円

(2) 保険適応外

①交 通 費

通常実施地域の利用者は、本事業所から 2km 未満 200 円、2km 以上 300 円の交通費がかかります。

②そ の 他

営業日以外の訪問看護利用料（60 分毎 1500 円＋消費税）及び保険外訪問看護利用料
死後処置料 20,000 円＋消費税（その他材料は別途）

(3) キャンセル料

- ・利用日当日連絡有 なし
- ・利用日当日連絡なし 1 km 当たり 20 円＋消費税（片道）の交通費

(4) 支払い方法について

支払い方法は、口座引落としまたは指定口座振込みの 2 通りの中からご契約時に選べます。

① 融機関口座からの自動引落とし

当事業所で用意する手続きにて、各金融機関から自動引落としが可能です。

尚、口座引落としに関する手数料につきましては、事業所が負担いたします。

②指定口座への振込み（振込み手数料につきましては振込者の負担となります。）

- ・指定口座は申込時にお知らせいたします。

ただし、現金での支払いを希望される場合は利用申込時にお申出ください。

- ・当月の料金の合計額に明細を付して、翌月 10 日までに通知しますので当月の料金の額を翌月 26 日まで（口座引落とし、銀行振込み）の方法でお支払いをお願いします。
- ・保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、全額自己負担となります。その際は、サービス提供証明書を発行いたします。サービス提供証明書を市町村に提出しますと払い戻しを受けられます。

9、サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お申し込みいただき、契約を締結したのちサービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了（解約）

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

ご利用者が文書で通知することにより、いつでもサービスを終了することができます。

②事業所の都合でサービスを終了する場合

事業所の止むを得ない事情でサービスの提供を終了させていただく場合があります。その場合は、前もって文書で通知するとともに、地域の他の事業所をご紹介しますなど誠意をもって対応致します。

③自動終了

以下の場合は自動的にサービスを終了いたします。

- i ご利用者が特別養護老人ホーム・養護老人ホーム等に入所された場合
- ii ご利用者が亡くなった場合

④その他

ご利用者、ご家族等が当事業所や担当者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行い、事業所がご利用者に文書で通知した場合。

10、緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等（介護保険の認定を受け、ケアマネージャーが決定している方）へ連絡し、必要な処置を講じます。

1 1、事故発生時の対応方法

- ①サービスの提供により、利用者に事故が発生した場合は、速やかに市町村・利用者家族等に連絡を行い必要な処置を講じます。
- ②サービスの提供により、利用者に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。
- ③事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止策を講じます。

1 2、衛生管理

職員の清潔の保持や健康状態の管理のため毎年1回以上の健康診断を行います。

1 3、秘密保持

事業所の訪問看護師やその他の職員は、正当な理由がなく業務上知り得た利用者、その家族等の秘密を漏らしてはならない。また、事業所の職員でなくなった後においても同様とします。

同意書

令和 年 月 日

[事業者]

当事業所は、利用申込者に対する訪問看護事業の提供開始に当り、ご利用申込者にサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業所住所 : 福島県白河市六反山 10 番地 1

事業所名称 : 白河病院訪問看護ステーション

管理者名 : 氏名 西川 香織

説明者 : 氏名 _____

[ご利用者]

私は、サービス内容及び重要事項について文書に基づいて、事業所から説明を受け、その内容に同意し交付を受けました。

利用申込者 : 住所 _____

氏名 _____ 印

家族（代理人）: 住所 _____

氏名 _____ 印

<緊急時連絡先>

主治医	病院名 (主治医)		
	連絡先		
ご家族	氏名 (関係)		
	連絡先	(自宅電話番号)	(携帯電話番号)