

井原市立井原市民病院

訪問看護センターまいづる 重要事項説明書

1. 事業所概要

事業所名	井原市立井原市民病院 訪問看護センターまいづる
所在地	井原市井原町 1186 番地
介護保険指定番号	3 3 1 8 9 0 0 4 1 6 号
サービスの提供地域	井原市

2. 事業の目的及び運営方針

(1) 目的

井原市立井原市民病院訪問看護センターまいづる（以下「センター」という。）が行う訪問看護及び介護予防訪問看護の事業（以下「事業」という。）は、センターの看護師等が、要介護状態または要支援状態にあり、主治医が訪問看護の必要性を認めた在宅療養者に対し適正な訪問看護を提供することを目的としています。

(2) 運営方針

- ①訪問看護師は、利用者の心身の特性をふまえて、日常生活動作の維持・回復を図ると共に、生活の質の向上を重視し、安心して在宅療養を営むことができるように支援します。
- ②地域とのつながりを大切にして関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 訪問看護の職員体制

職員	資格	人数	勤務体制
センター長	看護師	1 名	常勤
訪問看護師	看護師	3 名	常勤
事務職員	事務員	1 名	常勤

4. 運営日および運営時間

平日（月曜日～金曜日） 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分

※ 土曜日、日曜日、祝日、祭日、年末年始は休みます。

年末年始：1 2 月 2 9 日～1 月 3 日

※ 緊急時 2 4 時間連絡体制・緊急時訪問体制で対応します。

5. 利用料金

(1) 介護保険利用の場合

【基本料金】 要介護認定を受けられている方（要介護 1～5）

訪問看護費（1回につき）	時間内： 8時～18時	早朝：6時～8時 夜間：18時～22時	深夜： 22時～翌朝6時
20分未満	2,660円	+ 25／100	+ 50／100
30分未満	3,990円		
30分以上1時間未満	5,740円		
1時間以上1時間30分未満	8,440円		

【基本料金】 要支援認定を受けられている方（要支援 1・2）

訪問看護費（1回につき）	時間内： 8時～18時	早朝：6時～8時 夜間：18時～22時	深夜： 22時～翌朝6時
20分未満	2,560円	+ 25／100	+ 50／100
30分未満	3,820円		
30分以上1時間未満	5,530円		
1時間以上1時間30分未満	8,140円		

※ご利用者の病状によって下記の料金が加算されます。

【サービスの加算料金】

加算項目		料金
特別管理加算Ⅰ（1月につき）		5,000円
特別管理加算Ⅱ（1月につき）		2,500円
緊急時訪問看護加算（1月につき）		3,150円
ターミナルケア加算（該当月）		25,000円
複数名訪問加算（Ⅰ） （両名とも看護師）	所要時間 30分未満の場合	2,540円
	所要時間 30分以上の場合	4,020円
複数名訪問加算（Ⅱ） （一名は看護補助者）	所要時間 30分未満の場合	2,010円
	所要時間 30分以上の場合	3,170円
長時間訪問看護加算		3,000円
初回加算（1月につき：該当する場合）		3,000円
退院時共同指導加算（1月につき：該当する場合）		6,000円
サービス提供体制加算Ⅰ（1回につき）		60円
サービス提供体制加算Ⅱ（1回につき）		30円
中山間地域等の小規模事業所加算		基本単位数の10%

※介護保険の給付の範囲を超えた訪問看護サービス利用については、全額自己負担になります。

※自己負担については、介護保険負担割合証に明記されている割合を適用します。

(2) 医療保険利用の場合

負担割合について

後期高齢者		1 割・2 割・3 割
健康保険	高齢受給者	1 割・2 割・3 割
国民健康保険	一般	3 割

※受給者証により公費負担が適応になり、負担が軽減される場合があります。

【基本料金】

訪問看護料 (1 日につき)	時間内： 8 時～18 時	早朝：6 時～8 時 夜間：18 時～22 時	深夜： 22 時～翌朝 6 時
週 3 日目まで	5,800 円	7,900 円	10,000 円
週 4 日目以降	6,800 円	8,900 円	11,000 円

※ 病状によって下記の料金が加算されます。

【加算料金】

加算項目		料金
悪性腫瘍の患者に対する緩和ケア又は褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師による場合（月 1 回）		12,850 円
難病等複数回訪問加算	1 日 2 回目訪問	4,500 円
	1 日 3 回目以上訪問	8,000 円
緊急訪問看護加算（1 日につき）		2,650 円
長時間訪問看護加算（週 1 回に限り）		5,200 円
複数名訪問看護加算	看護師の場合（週 1 回に限り）	4,500 円
	看護補助者の場合（週 3 回まで）	3,000 円
ターミナルケア加算		25,000 円
在宅移行管理加算（退院後 1 月）		状態により 2,500 円または 5,000 円

(3) その他の自己負担について

(キャンセル料・交通費)

いただきません。ただし、訪問看護サービスを中止される場合は、あらかじめご連絡ください。

(生活用品)

おしめ・口腔ケア用品・皮膚の保湿クリームなどは実費購入していただきます。

(エンジェルケア料) (=死後処置料)

運営時間内 11,000 円、運営時間外 16,500 円

6. 苦情処理体制

訪問看護に関するご相談や苦情がありましたら、どんなことでもお寄せ下さい。

名称 井原市立井原市民病院
連絡先 TEL0866-62-1133 FAX0866-62-1275
担当者 訪問看護センター長 森 里己

7. 利用料金などのお支払方法

毎月 10 日頃に前月分の請求書を作成し、訪問看護の際、請求書をお渡しします。

病院窓口へお支払いください。

看護師は金銭の取り扱いをいたしません。

8. 訪問看護サービスの利用方法

(1) 訪問看護サービスの開始

利用者の方との契約を結んだ後、訪問看護サービスを開始します。

なお、あらかじめ介護支援専門員とご相談ください。

(2) 訪問看護サービスの終了

①利用者の都合で訪問看護サービスを終了する場合

訪問看護の終了を希望する日の 7 日前までに、ご連絡をお願い致します。

②訪問看護センターの都合でサービスを終了する場合

やむをえない事情により、訪問看護センターからの訪問看護サービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、サービス終了日の 1 か月前までに文章で通知いたします。

③自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します。）

- ・ 利用者が病院施設に入院された場合
- ・ 利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・ 利用者が亡くなられた場合

④解約解除

- ・ 利用者が、サービス利用料金の支払いを 2 か月延滞された場合
- ・ 当訪問看護師に対して本契約を継続し難いほどの背信行為（暴力・セクシャルハラスメント）を行った場合は、文章で通知することで、当訪問看護サービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

9. 虐待の防止及び早期発見並びに虐待があった場合の対応について

事業所は、利用者の人権擁護、虐待防止等のために、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。〔責任者：医師 高見優男〕
- (2) 苦情解決体制を整備しています。
- (3) 成年後見人制度の利用を支援します。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに関係機関へ通報するとともにその調査に協力を行います。

10. 衛生管理等

- (1) サービス提供職員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 当該事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11. 緊急時の対応方法

- (1) 訪問看護センターの訪問看護サービスを実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは必要に応じて臨時応急手当を行うとともに、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行うこととします。

12. その他

- (1) 事業上知り得た利用者またはその家族の秘密は保持し漏らしません。利用者のための居宅サービス計画に沿って、円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議に、利用者の同意を得た上で、必要最小限の範囲内で情報を使用させていただきます。
- (2) 看護師に対する贈り物や、もてなしはご遠慮させていただきます。

訪問看護サービス利用及び個人情報同意書

- 1 訪問看護サービスを利用するにあたり、担当者による説明を受け、これらを理解したうえで訪問看護サービスの利用に同意します。
- 2 私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

（１）使用する目的

利用者のための訪問サービスを円滑に提供するために実施されるカンファレンス、病院や医院及び診療所との連絡調整等において利用します。

（２）使用する期間

年 月 日からサービス利用期間中

（３）条 件

- （ア）個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払います。
- （イ）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておきます。

＊24 時間対応体制加算の利用を （同意します ・ 同意しません）

年 月 日、当事業者の訪問看護サービスの提供にあたり、利用者に対して本書面に
基づいて、重要事項を説明しました。

事業所

所在地 岡山県井原市井原町 1 1 8 6 番地

名称 井原市立井原市民病院

訪問看護センターまいづる

説明者職氏名

私は、本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項の説明を受け、サービ
スの提供開始に同意します

利用者

住所 _____

氏名 _____

代理人等

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____

住所 _____

氏名 _____

続柄 _____