

# 重要事項説明書（医療保険）

## 1. 事業所の概要

事業所の名称	長浜赤十字訪問看護ステーション
開設者	日本赤十字社（社長 清家 篤）
電話・FAX番号	0749-68-3313
指定番号	2560390037
通常の事業の実施区域	長浜市 米原市
ステーションの理念	「人道・博愛」の赤十字精神にのっとり、「その人らしく」「自分らしく」生きることができるように、豊かな感性とやさしさをもって生活に寄り添うケアを提供します。

## 2. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日 ただし以下を除きます。 国民の祝日・振り替え休日・長浜赤十字病院創立記念日（3月20日） 年末年始（12月29日から1月3日）
営業時間	営業時間 8時30分から17時00分

## 3. 職員体制

（令和 6年 6月 1日現在）

従業者の職種	員数	資格	勤務体制
管理者	1名	看護師	常勤 1名（看護師兼務）
看護師等	13名	看護師	常勤 9名（管理者兼務 1名） 非常勤 1名
		理学療法士	常勤 3名
事務員	2名		常勤 1名 非常勤 1名

## 4. 運営の方針

1) 訪問看護の実施に当たっては、利用者の心身の状況等を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復、向上を図るとともに生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。
2) 事業の実施に当たっては、関係市、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 5. サービスの内容

(1) 病状の観察	(2) 療養上のお世話	(3) 医師の指示による医療処置
(4) カテーテル等の管理	(5) 終末期の看護	(6) リハビリテーション
(7) 褥瘡の予防・処置	(8) 認知症の看護	(9) ご家族等への介護支援・相談

## 6. 緊急時における対応

訪問看護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医へ連絡し、適切な処置を行います。
---

## 7. 秘密の保持

当事業所が行う訪問看護において、業務上知り得た利用者の情報は堅く秘密を保持します。 従業者が退職後も在職中に知り得た秘密を漏らすことがないような措置を講じます。
---

## 8. 個人情報の利用

事業所は利用者と家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者と家族の個人情報を用いません。
---

## 9. 事故発生時の対応

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、市、利用者の家族、利用者に関係する居宅介護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。 また、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、損害賠償を含め速やかに対応いたします。
--

## 10. 人権の擁護、虐待の防止

①利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じるものとします。

- ・人権の擁護・虐待の防止等のため、従事者に対する研修を実施
- ・利用者及びその家族からの虐待等が発生した場合の相談・報告体制の整備
- ・その他虐待防止のための必要な措置

②事業所はサービス提供中に、当該事業所従事者または養護者(利用者の家族等利用者を現に養護する者)による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、これを市町村に報告するものとします。虐待防止に関する責任者を選定しています。 虐待防止に関する責任者:看護師 畑野 圭子

## 11. 身体拘束等への対応

①利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。

②身体拘束を行う場合にはその態様及び時間、利用者の心身の状況ならびに緊急時やむを得ない理由を訪問看護記録に必ず記載します。

③その他、「長浜赤十字訪問看護ステーション 身体拘束等の適正化のための指針」に準ずるものとします。

## 12. 災害等の発生への対応

災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他の医療機関等との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます。

## 13. サービスに関する相談・苦情等

当事業所が行う指定訪問看護サービスについてのご相談や苦情を下記の窓口で承ります。

長浜赤十字訪問看護ステーション

管理者:笠原 照江

電話番号:0749-68-3313

介護保険をご利用の方は当事業所以外にもご相談、苦情などについては下記の窓口があります。

① 長浜市 健康福祉部長寿推進課 電話番号:0749-65-7789

米原市 暮らし支援部高齢福祉課 電話番号:0749-53-5122

② 滋賀県国民健康保健団体連合会 介護保険課 大津市中央4丁目5-9

電話番号:077-522-0065

## 14. 注意事項

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご注意下さい。

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いたしかねますのでご了承下さい。

② 看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

③ 学生等の実習を受け入れていますのでご理解ください。

## 15. 利用料等

医療保険の適用の対象は次にあげる①～⑤のいずれかに該当する方です。

① 40歳未満の方

② 要介護認定および要支援認定で非該当と判定された方

③ 厚生労働大臣が定める疾病の方

④ 介護保険の第2号被保険者で特定疾病の対象にならない方

⑤ 主治医より頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書の交付を受けた方

ア 厚生労働大臣が定める基準による額の1～3割とします。ただし、交付負担医療の受給者は利用料が公費で支払われる場合があります。

イ その他利用料として交通費をお支払いいただきます。

ウ サービスの対価として、月ごとに算定された利用者負担金を口座引き落としでお支払いいただきます。

エ 利用者が正当な理由無く事業者を支払うべき利用者負担金を3ヶ月以上滞納した場合、事業者は、1ヶ月以上の期間を定めて請求します。請求期限までに利用料の支払いがない場合には契約を解除する旨の勧告をする場合があります。

オ 月に一度、健康保健被保険者証等の確認をさせていただきます。

健康保険被保険者証等が変更になった場合はご提示ください。

## 健康保険法等に基づく訪問看護療養費

		1割	2割	3割
月の初回訪問日		1,320 円	2,640 円	3,970 円
月の訪問2日目	週3日まで	860 円	1,710 円	2,570 円
	週4日以降(看護師)	960 円	1,910 円	2,870 円
	週4日以降(理学療法士)	860 円	1,710 円	2,570 円
外泊中の訪問看護		850 円	1,700 円	2,550 円
特別管理加算	月1回のみ 重度・在宅悪性腫瘍患者指導管理 ・在宅気管切開患者指導管理 ・気管カニューレを使用している状態 ・留置カテーテルを使用している状態	500 円	1,000 円	1,500 円
	上記以外	250 円	500 円	750 円
24時間対応体制加算	月1回のみ	680 円	1,360 円	2,040 円
緊急訪問看護加算	主治医の指示による訪問	270 円	530 円	800 円
長時間訪看護加算	90分を超える訪問看護(週1回のみ)	520 円	1,040 円	1,560 円
難病等複数回加算	1日2回	450 円	900 円	1,350 円
	1日3回以上	800 円	1,600 円	2,400 円
複数名訪問看護加算	看護師+看護師(週1回のみ)	450 円	900 円	1,350 円
	看護師+看護補助者	300 円	600 円	900 円
夜間・早朝訪問看護加算	早朝:6時~8時、夜間:18時~22時	210 円	420 円	630 円
深夜訪問看護加算	22時~6時	420 円	840 円	1,260 円
乳幼児加算(6歳未満対象)	超(準)重症児・厚生労働大臣が定める疾病	180 円	360 円	540 円
	上記以外 (1日1回)	130 円	260 円	390 円
退院時共同指導加算	1回、がん末期等は2回	800 円	1,600 円	2,400 円
	更に特別管理指導加算(特別管理加算の対象)	200 円	400 円	600 円
退院支援指導加算	退院日の訪問	600 円	1,200 円	1,800 円
	90分を超える退院日の訪問	840 円	1,680 円	2,520 円
緊急時等カンファレンス加算	月2回まで	200 円	400 円	600 円
訪問看護情報提供療養費	月1回のみ	150 円	300 円	450 円
訪問看護ターミナルケア療養費	月1回のみ	2,500 円	5,000 円	7,500 円
訪問看護ベースアップ評価料(I)	月1回のみ	80 円	160 円	230 円

### その他の利用料 (保険外実費)

交通費片道(内税)	10km未満 : 400円		
	10km~15km未満 : 600円	15km以上 : 800円	
時間延長(非課税)	時間内(1時間30分超30分ごと)		
	時間外(1時間30分超30分ごと)		
キャンセル料(内税)	1,100円		
記録開示時印刷費(内税)	1枚 10円		
死後の処置(内税)	11,000円		

令和 年 月 日

上記により重要事項を説明しました。

事業所名称	長浜赤十字訪問看護ステーション
所在地	滋賀県長浜市宮前町 14番7号
説明者氏名	笠原 照江 印

令和 年 月 日

上記により重要事項の説明を受けました。

ご本人	住所	
	氏名	印
上記代理人	住所	
(代理人を選任した場合)	氏名	(続柄) 印