

重要事項説明書（訪問看護）

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

- 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。
- 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、利用者や家族の個人情報を利用しません。

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. サービス利用中の契約中止、解約について

利用者等の行動が事業者の生命や身体、健康及び財産に重要な影響を及ぼした場合、また、その恐れがあり本契約を継続しがたい事由が生じた場合、事業者は直ちに本契約の解除を行うことができます。

15. 利用料等

介護保険の適用の対象は、要介護認定を受けた方です。介護保険適用の場合、以下のア～ウの料金がかかります。

- ア 厚生労働大臣が定める基準による額の負担割合書に記載されている割合額とします。(介護保険法に基づく訪問看護利用料参照)
ただし、公費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 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。
- ウ 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。

介護保険法に基づく訪問看護利用料金表

訪問看護利用料(保険対象・非課税)

				10割負担	1割負担	2割負担	3割負担
訪問 1回 につき 算定	所要 時間	20分未満	看護師	3,205 円	321 円	641 円	962 円
		20分以上30分未満	看護師	4,808 円	481 円	962 円	1,443 円
		30分以上60分未満	看護師	8,402 円	841 円	1,681 円	2,521 円
		60分以上90分未満	看護師	11,516 円	1,152 円	2,304 円	3,455 円
		20分以上	理学療法士	3,001 円	301 円	601 円	901 円
<p>【注】・早朝(午前6時～午前8時まで)、夜間(午後6時～午後10時まで)の場合、単位数の25%を加算 ・深夜(午後10時～午前6時まで)の場合50%を加算 ※なお緊急時訪問加算の同意を得た利用者への計画外緊急時訪問の場合、月2回以降の計画外訪問時に加算</p>							
加算 項目	サービス提供体制加算(Ⅰ)	一定基準のサービスを提供する体制が整っているステーションに算定	61 円	7 円	13 円	19 円	
	複数名訪問加算(30分未満)	同時に複数の看護師等が訪問を行った場合に算定	2,593 円	260 円	519 円	778 円	
	複数名訪問加算(30分以上)	同時に複数の看護師等が訪問を行った場合に算定	4,104 円	411 円	821 円	1,232 円	
	長時間訪問看護加算	特別な管理を要す場合に90分を超える訪問を行った場合に算定	3,063 円	307 円	613 円	919 円	
月1 回算定 (月の 初回 訪問に 加算)	加算 項目	緊急時訪問看護加算(Ⅰ)	利用者の同意を得た場合に算定	6,126 円	613 円	1,226 円	1,838 円
		特別管理加算(Ⅰ)	在宅悪性腫瘍管理 在宅気管切開を受けている状態 気管カニューレ、留置カテーテル を使用している状態に算定	5,105 円	511 円	1,021 円	1,532 円
		特別管理加算(Ⅱ)	人工肛門、人工膀胱、腹膜灌流、自己導尿、酸素療法、人工呼吸器、疼痛管理、褥瘡、点滴注射などを行っている状態に算定	2,552 円	256 円	511 円	766 円
		看護体制強化加算(Ⅰ)	療養生活に伴う医療ケアへの対応を強化したステーションで算定	5,615 円	562 円	1,123 円	1,685 円
その他	加算 項目	ターミナルケア加算	ターミナルケア実施時に算定	25,525 円	2,553 円	5,105 円	7,658 円
		退院時共同指導加算	入院中、病院などの主治医やその他の職員と共同して在宅での療養上の指導を行い文書により提供した場合に算定	6,126 円	613 円	1,226 円	1,838 円
		初回加算(Ⅰ)	新規に訪問看護計画書を作成した利用者に対して、対象施設から退院、退所した日に訪問看護師が初回の訪問を行った場合に算定	3,573 円	358 円	715 円	1,072 円
		初回加算(Ⅱ)	過去2ヶ月間において訪問看護の提供を受けていない場合に新たに訪問看護計画書を作成した場合に算定	3,063 円	307 円	613 円	919 円

保険外実費

キャンセル料:1,100円(内税)

死後の処置:11,000円(内税)

記録開示時印刷費:1枚10円(内税)

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