

訪問看護重要事項説明書 (医療保険)

指定訪問看護事業者 聖アンナ訪問看護ステーション

1. 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 聖アンナ福祉会 聖アンナ訪問看護ステーション
所在地	和歌山県紀の川市貴志川町尼寺359番地
事業所番号	129,002,3 号
サービス提供地域	紀の川市・岩出市・和歌山市・海南市・紀美野町

2. 事業所の職員体制

職種	従事する業務	人員
管理者	業務全般の管理	1名
サービス担当職員	サービス担当	15名 (常勤兼務2名 常勤6名 非常勤7名)
内訳	看護師	11名 (常勤兼務1名 常勤2名 非常勤8名)
	准看護師	2名 (常勤兼務1名 常勤1名)
	理学療法士	1名 (常勤)
	作業療法士	1名 (常勤)

3. 営業時間

営業日	月～金曜日 (土・日曜、祝日 休み。) 年末年始：12月29日～1月3日 休み。
営業時間	月～金曜日 8:30～17:30 ※ ただし、24時間の連絡体制を整えております。

4. 運営の方針

- 1 訪問看護の実施に当っては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。
- 2 事業の実施に当っては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、総合的な支援を心がけます。

5. サービスの内容

- 1 「訪問看護」は利用者の居宅において看護師その他省令で定める者が療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

①病状・全身状態の観察 ②清拭・洗髪等による清潔の保持 ③食事及び排泄等日常生活の世話 ④褥瘡の予防 ⑤リハビリテーション ⑥ターミナルケア ⑦認知症の看護 ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテル等の管理 ⑩その他医師の指示による医療処置

2 事業者は、訪問看護指示書及び訪問看護計画書に従って訪問看護サービスを提供します。

6. 利用者負担金

- 1 利用者からいただく利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で下記のとおりです。
- 2 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、ご指定の金融機関口座からの引き落としとさせていただきます。

◆ 利用者負担金（医療保険法定利用料）

・（基本療養費＋管理療養費＋加算分）× 負担割合となります。

後期高齢者（75歳以上）			1割または所得によって2割、3割
健康保険	国民健康保険	高齢受給者（70歳～74歳）	2割、現役並み所得者の方は3割
		一般（70歳未満）	3割（6歳未満は2割）

自己負担限度額（1月あたり）

	75歳以上	70～74歳	70歳未満
一定以上の方	受給者証・保険証 「3割」 ※1	区分ア ※1	
	「3割」 区分「現役並みⅡ」 ※2	区分イ ※2	
	「3割」 区分「現役並みⅠ」 ※3		
一般	「2割」 18,000円	「2割」 18,000円	区分ウ ※3
	「1割」 18,000円		区分エ 57,600円
住民税非課税世帯の方	「1割」 8,000円	「2割」 8,000円	区分オ 35,400円

※1 「3割」・区分ア 252,600円＋（医療費－842,000円）×1％

※2 「現役並みⅡ」・区分イ 167,400円＋（医療費－558,000円）×1％

※3 「現役並みⅠ」・区分ウ 80,100円＋（医療費－267,000円）×1％

- ・重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります
- ・特定医療疾患対象者の方は公費負担となります。

◆ 1ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町村へ申請致しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※ いずれも医療費控除の対象となります。

◆ 訪問看護ターミナルケア療養費 1 25,000円 / 月

死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後24時間以内に在宅以外で死亡した場合も含む）加算させていただきます。

当ステーションは、多職種（医療・介護・福祉職等）と連携しながら、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養および看護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援しています。ターミナルケアの実施については厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、ご本人の意思ならびにご家族の意向を尊重し、気持ちに寄り添いながら、ご家族の心身の疲労や精神的なご負担にも配慮し、できる限り支援させていただきます。

1. ターミナル期に看護師が通常よりも頻回に訪問すること
2. 看護師が状態変化やサービス変更の必要性を把握すること
3. 把握した心身の状況等の情報を記録すること
4. 把握した心身の状況等を主治の医師等やケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供すること
5. 必要に応じて主治医等に病状等に関する指示をうけること

◆ その他の利用料

死後の処置（エンゼルケア）

死後の処置は保険適応外となります。

利用者の方で、ご家族の希望により行なった場合 10,000円 の実費を請求させていただきます。

創傷の処置、医療機器の抜去、全身の保清や洗髪、内容物・排泄物の排出、希望する衣服の着用、ひげそりやエンゼルメイク、身体の冷却 など

交通費

通常の実施地域：紀の川市、岩出市、和歌山市、海南市、紀美野町

通常の実施地域を超えた時点から片道50km以上60km未満の場合2,000円の実費、60km以上の場合は3km増す毎に上記の料金に300円ずつ上増します。

7. サービスの苦情相談窓口

- 1 当事業所が行う訪問看護サービスについてのご相談・苦情については下記の相談・苦情窓口で承ります。

電話：0736-65-1111・FAX：0736-65-2929

管理者：菊山 君代 ※ ご不明な点は、お気軽におたずね下さい。

- 2 当事業所以外に、市役所、国民健康保険連合会の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

8. 緊急時および事故発生時の対応方法

- 1 緊急時および事故発生時にあっては、緊急対応のうえ利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。
また登録されている緊急連絡先に連絡いたします。
- 2 当事業者の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業所の責にその原因を見とめられる損害賠償については速やかに対応します。それ以外、利用者の過失及び不可抗力のよって発生した事故等についてはご相談させていただきますが、保険適用されない場合があります。

9. 秘密の保持

当事業所が行う指定訪問看護において、業務上知り得た利用者の情報は硬く秘密を保持します。従業員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、必要な措置を講じます。

10. 虐待防止のための措置に関する事項

- 1 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- 2 虐待防止のための指針を整備します。
- 3 従業員に対し、虐待防止のための研修を定期的を実施します。
- 4 掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

サービス提供中に、当該事業所の従業員や利用者の家族等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、速やかに市町村に通報します。

11. 身体拘束等の原則禁止

- 1 ステーションは、サービス提供にあたり利用者又はほかの利用者の生命または身体を保護するための緊急、やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）を行いません。
- 2 やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様および時間、その際の心身の状況ならびに緊急、やむを得ない理由などの必要な事項を記録します。

12. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- 1 従業員は年金の管理、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、ご了承ください。
- 2 看護師等は老人保健法上、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされており、同居家族に対する訪問看護サービスは禁止されていますので、ご了承ください。

上記の契約を証するため、本書２通を作成し利用者、事業者が署名押印の上、
１通ずつ保有するものとします。

契約締結日 年 月 日

ご利用者	私は、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について聖アンナ訪問看護ステーションより説明を受け、内容を確認しました。私はこの契約書で確認する訪問看護サービスの利用を申し込みます。			
	氏名	印		
	住所			
	電話		FAX	

代理人	氏名	印		
	本人との関係			
	署名代行の理由			
	住所	〒		
	電話		FAX	

事業者	当事業者は、指定訪問看護事業者として、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について利用者へ説明しました。当事業者は、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを誠実に責任を持って行います。			
	名称	社会福祉法人 聖アンナ福祉会 聖アンナ訪問看護ステーション		
	代表者	理事長 吉成 裕司 印		
	住所	〒 640-0403 和歌山県紀の川市貴志川町尼寺359番地		
	電話	0736-65-1111	FAX	0736-65-2929
	説明者	印		

社会福祉法人 聖アンナ福祉会

当法人サービス

- | | | | |
|----------------------------------|---|------------------------|-------|
| ・介護老人福祉施設
・居宅介護支援
・市町村受託事業 | ・短期入所生活介護
・在宅介護支援センター
・地域密着型介護福祉施設入所者生活介護 | ・通所介護
・認知症対応型共同生活介護 | ・訪問看護 |
|----------------------------------|---|------------------------|-------|

個人情報利用目的

サービスの提供に必要な利用目的

【当法人内での利用】

1. 利用者等に提供するサービス
当法人のサービス
当法人の各サービス間で必要な連携
2. 管理運営業務
入退所等の管理
会計・経理
事故等の内部報告
利用者へのサービスの向上
人事・労務管理の事務
3. 費用の請求及び収受に関する事務
介護報酬の請求その他の介護保険関係事務
利用料その他の費用の請求、収受に関する事務

【当法人外での利用（第三者提供）】

1. 社会福祉法又は介護保険法に規定されている福祉サービス提供事業所並びに行政機関との連携
2. 行政機関からの照会
3. 外部医療機関の意見・助言を求める場合
4. 入院先医療機関への情報提供
5. 苦情解決第三者委員の意見・助言を求める場合
6. 損害賠償などに係る保険会社等への相談または届出
7. 家族・地域との関係
家族への近況報告・心身の状況説明
家族・地域への機関紙発送
家族との関係維持のための連絡調整
地域資源を円滑に利用するための各種機関との連絡調整

- 8. 費用の請求及び収受に関する事務
- 9. 業務委託
 - PC及びソフトの保守管理
- 10. 実習、研修に関する連絡調整、報告
- 11. 費用の請求及び収受に関する事務
 - 介護報酬の請求その他の介護保険関係事務
 - 利用料その他の費用の請求、収受に関する事務

他の利用目的

【法人内での利用】

- 1. 管理運営業務
 - 福祉サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - 実習への協力
 - ケース研究等法人内部で行う福祉サービスに関する研究
 - 各種統計資料の作成

【法人外での利用】

- 1. 管理運営業務
 - 外部監査機関への情報提供

法令に基づく個人情報利用目的

【法令上、介護関係事業者（介護サービス従事者を含む）が行うべき義務として明記されているもの】

- 1. サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等
- 2. 居宅介護支援事業者等との連携
- 3. 利用者が偽りその他不正な行為によって保険給付を受けている場合等の市町村への通知
- 4. 利用者に病状の急変が生じた場合等の主治の医師への連絡等

【行政機関等の報告徴収・立入検査等に応じることが間接的に義務づけられているもの】

- 1. 市町村による文書等提出等の要求への対応
- 2. 厚生労働大臣又は都道府県知事による報告命令、帳簿書類等の提示命令等への対応
- 3. 都道府県知事による立入検査等への対応
- 4. 市町村が行う利用者からの苦情に関する調査への協力等
- 5. 事故発生時の市町村への連絡

個人情報使用同意書

理事長 吉成 裕司 殿

私（利用者および、その家族）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。

この同意を証するため本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

説明者

印

年 月 日

利用者

住所

氏名

印

家族

住所

氏名

印

代理人

住所

氏名

印

＝個人情報取り扱いに関する禁止内容＝

- * 電話など取り扱いをしない相手などを記載する。

同 意 書

（２４時間対応体制加算・重症者管理加算・ターミナルケア療養費・その他の利用料）

- ☐ a 私は、貴訪問看護ステーションの２４時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、２４時間対応体制加算を算定することに同意します。
- ☐ b 私は、病気の状態から、（ ）の指導・管理が必要なため、特別管理加算（Ⅰ）を算定することに同意します。
- ☐ c 私は、病気の状態から、（ ）の指導・管理が必要なため、特別管理加算（Ⅱ）を算定することに同意します。
- ☐ d 聖アンナ訪問看護ステーションが提供するターミナルケアについての説明を受けましたが、私どもの意向に沿ったものであり、下記の内容を確認し同意します。
- ☐ e 上記保険適用外の費用負担（死後の処置、交通費）の支払に関して、説明を受け十分に理解した上で同意します。

和歌山県紀の川市貴志川町尼寺３５９番地

社会福祉法人聖アンナ福祉会 聖アンナ訪問看護ステーション

理 事 長 吉 成 裕 司 様

利用者	住所
	氏名

同意者

住所

氏名

印

続柄

同意書

（訪問看護の情報提供書）

私は、貴訪問看護ステーションからの訪問看護の情報提供書を、保健福祉局、保健所、保健管理課へ提供することに同意します。

年 月 日

和歌山県紀の川市貴志川町尼寺３５９番地

社会福祉法人聖アンナ福祉会 聖アンナ訪問看護ステーション

理事長 吉成 裕司 様

利用者	住所
	氏名

同意者

住所

氏名

印

続柄

緊急時の連絡先（家族）

	氏名	住所	続柄	電話番号
①				
②				
③				

緊急時の連絡先（主治医）

_____先生 電話 _____