

坂井市立三国病院 訪問看護ステーション 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して訪問看護ステーションを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者

- (1) 事業者名 坂井市立三国病院
- (2) 所在地 福井県坂井市三国町中央一丁目2-34
- (3) 電話番号 0776-82-0480
- (4) 代表者氏名 坂井市長 池田 禎孝

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 訪問看護・介護予防訪問看護
- (2) 事業所の名称 坂井市立三国病院 訪問看護ステーション
- (3) 所在地 福井県坂井市三国町中央一丁目2-34
- (4) 電話番号 0776-82-0480
- (5) 管理者 大嶋 裕子
- (6) 開設年月日 令和5年 5月 25日
- (7) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 (祝祭日、12月29・30・31日、1月1・2・3日は休み)
営業時間	月～金 8:30～17:15 土 8:30～12:30
定休日	日曜日

- (8) 通常の事業実施地域 坂井市、あわら市

3. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供する職員として、サービス提供時間は以下の職種の職員を配置しています。

	人 数
管 理 者 (兼務)	1 名
看 護 師 (准看)	2 名以上

4. 運営方針

- (1) 利用者の生活機能を総合的にアセスメントし、看護ニーズをとらえ、看護過程を展開する。
- (2) 利用者の状況を的確に判断し、医師との連絡を密にし、医師の指示に基づいた医療行為の実施については利用者の安全性を保障した行為を提供する。
- (3) 在宅療養時の緊急事態に対する方法を、利用者に事前に理解してもらい、医師との連絡のもとに効果的で迅速な対応を行う。

- (4) 職員は自己研鑽に努め、常に在宅看護の変革、向上を目指し研修等の参加を計る。
- (5) 地域におけるサービス提供機関として、医療・保健・福祉のケア会議等において主体的に利用者に対し、ネットワークを確保する。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

〈サービス内容〉

(1) 看護介護行為（利用者に対して）

- ・バイタルチェック（血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定）
- ・身体の保清（清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など）
- ・療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導など）

(2) 医療的処置行為

- ・創傷及び褥瘡処置
- ・人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・経鼻チューブ・胃瘻チューブ管理ケア
- ・尿道留置カテーテル・自己導入管理ケア
- ・在宅酸素療法管理ケア
- ・在宅人工呼吸器管理ケア
- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・排泄管理ケア（浣腸・摘便）

(3) 介護者に対して

- ・介護の方法指導・介護福祉など社会資源の紹介
- ・褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導（介助の工夫・方法など）
- ・室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する対応方法など
- ・介護者の健康相談・助言

〈サービス利用料金〉

(1) 医療保険による訪問看護

（基本療養費＋管理療養費＋加算）×負担割合となります。

基本部分

療養費		料金
訪問看護基本療養費 （1日につき）	週3日目まで	5, 550円
	週4日目以降	6, 550円
訪問看護管理療養費	月の初日の訪問	7, 670円
	月の2日目以降の訪問の場合 （1日につき）	2, 500円

主な加算部分

加算の種類		加算額
乳幼児加算（３歳未満）	指定訪問看護を実施した場合に １日つき１回限り加算	乳幼児加算 １，３００円
幼児加算 （３歳以上６歳未満）		幼児加算 １，３００円
複数名訪問看護加算 （週１回）	厚生労働大臣が規定する疾病等 に規定する同時に複数の看護師 等による指定訪問看護が必要な 者に対して、同時に他の看護師 等との同行による指定訪問看護 を実施した場合	看護師等 ４，５００円 准看護師 ３，８００円
難病等複数回訪問加算	厚生労働大臣が規定する疾病等 の利用者又は特別訪問看護指示 書が交付された利用者に対して 、必要に応じて１日に２回又は ３回以上指定訪問看護を実施し た場合	１日に２回訪問 ４，５００円 １日に３回訪問 ８，０００円
長時間訪問看護加算 （９０分以上）	厚生労働大臣が定める長時間の 訪問を要する者に対し、長時間 にわたる指定訪問看護を行った 場合週１回まで（１５歳未満の 超重症児、準超重症児は週３回 ）	５，２００円
情報提供療養費 （月１回）	市町村等に対して、指定訪問看 護の状況を示す文書を添えて、 当該利用者に係る保健福祉サー ビスに必要な情報を提供した場 合	１，５００円
ターミナルケア療養費１	在宅で死亡した利用者（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者を 含む。）死亡日前１４日以内に 、２回以上指定訪問看護を実施 した場合	２５，０００円
ターミナルケア療養費２		１０，０００円
訪問看護医療ＤＸ情報 活用加算	オンライン資格確認等システム 活用により、診療情報等を取得 及び活用できる体制がある場合	５０円
訪問看護ベースアップ 評価料（Ⅰ）	職員の賃金の改善を実施した場 合	７８０円

(2) 介護保険による訪問看護

サービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりで、お支払いいただく「利用者負担金」は、各利用者の負担割合に応じた額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

基本部分

※1割負担の場合 (1単位＝10円)

要介護

サービスの内容	基本利用料(1回あたり)
20分未満	314単位
30分未満	471単位
30分以上1時間未満	823単位
1時間以上1時間30分未満	1,128単位
1時間30分以上	1,428単位

※准看護師の場合は90/100

要支援

サービスの内容	基本利用料(1回あたり)
20分未満	303単位
30分未満	451単位
30分以上1時間未満	794単位
1時間以上1時間30分未満	1,090単位
1時間30分以上	1,390単位

※准看護師の場合は90/100

主な加算部分

加算の種類	内容	加算額
訪問看護特別管理加算Ⅰ	・在宅悪性腫瘍若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている ・気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している 上記利用者に計画的な管理を行った場合	500単位
訪問看護特別管理加算Ⅱ	・自己腹膜灌流、血液透析、酸素療法、中心静脈栄養法、経管栄養法、自己導尿、持続陽圧呼吸療法、自己疼痛管理、肺高血圧症患者指導管理を受けている ・人工肛門又は人工膀胱を設置している	250単位

	・ 真皮を超える褥瘡 ・ 点滴注射を週 3 日以上行う必要がある 上記利用者に計画的な管理を行った場合	
訪問看護初回加算 1	新たにサービスを受ける場合 退院した日にサービスを行った場合	350 単位
訪問看護初回加算 2	退院した翌日以降、サービスを行った場合	300 単位
訪問看護退院時共同指導加算	退院するに当たり、主治医その他職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、内容を文書により提供した場合	600 単位
複数名訪問看護加算 I	複数の看護師等がサービスを行った場合	30 分未満 254 単位 30 分以上 402 単位
訪問看護ターミナルケア加算 ※要介護のみ	亡くなった日を含め 14 日以内に 2 日以上ターミナルケアを行った場合	2, 500 単位

(3) その他

以上の他に、保険外の請求をさせていただく場合がございます。

例：死後の処置 5, 500 円 （ご希望の方のみ）

(4) 利用料金のお支払い方法

料金は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月 20 日に下記の方法でお支払い願います。

金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 : 銀行 ・ 信用金庫 ・ 農協 ・ 労働金庫

※自動引き落とし手数料はご契約者が負担願います。

6. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職氏名〕 管理者 大嶋 裕子

○受 付 時 間

毎週月曜日～金曜日（祝日除く）

8：30～17：15

毎週土曜日（祝日除く）

8：30～12：30

○電 話 番 号

0776-82-0480

(2) 行政機関その他苦情受付期間

坂井地区広域連合 介護保険課	0776-72-3305
福井県社会福祉協議会	0776-24-2433
福井県国民健康保険団体連合会	0776-57-1614

(3) 事故発生時の対応

- ・サービスの提供による事故が発生した場合には、速やかに家族・主治医・保険者・居宅介護支援事業者又は介護予防支援事業者（以下「居宅介護支援事業者等」という。）に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- ・事業所は、サービス提供による賠償すべき事故が発生した場合には、必要に応じて損害賠償を速やかに行います。また、市町村、主治医、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行う。

7. サービス提供困難時の対応

- ・通常の事業の実施地域や利用者の病状等を勘案し、利用申込者に対し自ら適切な訪問看護ステーション等を提供することが困難であると認めた場合は、当該利用申込者に係る主治医や居宅介護支援事業者等への連絡、適当な他の訪問看護ステーション事業者等を紹介その他必要な措置を速やかに行います。

令和 年 月 日

訪問看護のサービス提供の開始に際し、本書面に基づき事項の説明を行いました。

坂井市立三国病院 訪問看護ステーション
説明者氏名

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、訪問看護ステーションのサービス提供の開始に同意します。

利用者氏名

印

代理人氏名
(続柄)

印