

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

1 訪問看護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社ライフエイド
代表者氏名	代表取締役 古手川 登
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪市東住吉区住道矢田一丁目20番11号 電話 06-6718-5581 FAX 06-6718-5582
法人設立年月日	平成30年5月1日

2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	訪問看護ステーション 湊
事業所所在地	大阪市東住吉区住道矢田一丁目20番11号
連絡先 相談担当者名	電話 06-6718-5581 FAX 06-6718-5582 相談担当者 尾上 幸子
事業所の通常の 事業の実施地域	大阪市東住吉区 大阪市平野区 大阪市住吉区

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問看護の提供を確保することを目的とする。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜から金曜日 ただし祝日、8月13日から8月14日まで、12月30日から1月3日までを除く
営業時間	午前9時から午後5時30分まで

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	365日
サービス提供時間	24時間

(5) 事業所の職員体制

管理者	看護師 尾上 幸子
-----	-----------

職	職務内容	人員数
管理者	主治の医師の指示に基づき適切な訪問看護が行われるよう、必要な管理及び従業者の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている訪問看護の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守すべき事項についての指揮命令を行います。	常 勤 1 名
看護職員	主治医の指示と訪問看護計画に基づき訪問看護を提供します。	常 勤 6 名 (うち 1 名 管理者兼務) 非常勤 2 名
理学療法士 作業療法士	主治医の指示と訪問看護計画に基づき訪問看護（リハビリテーション）を提供します。	常 勤 3 名 非常勤 3 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
訪問看護計画の作成	利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況を踏まえて療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービス内容を記載します。
訪問看護の提供	訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。 具体的な訪問看護の内容 ① 病状・障害の観察 ② 清拭・洗髪等による清潔の保持 ③ 食事および排泄等の援助 ④ 床ずれの予防・処置 ⑤ リハビリテーション ⑥ ターミナルケア ⑦ 認知症患者の看護 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) 提供するサービスの利用者負担について

	負担割合		
75 歳以上	1 割負担	2 割負担	3 割負担
70～74 歳	2 割負担	*H26.4 月以降 70 歳になる方から	
6～69 歳	3 割負担		
6 歳未満	2 割負担		

(3) 提供するサービスの料金について

		金額 (円)	利用者負担金 (円)		
			1割	2割	3割
訪問看護基本療養費 (I)	3日まで/週	5,550	555	1,110	1,665
	4日以降/週	6,550	655	1,310	1,965
訪問看護基本療養費 (I) (理学療法士等)		5,550	555	1,110	1,665
訪問看護基本療養費 (II) (同一建物同一日3人以上)	3日まで/週	2,780	278	556	834
	4日以降/週	3,280	328	656	984
訪問看護基本療養費 (III)	1回/入院中※	8,500	850	1,700	2,550

① 訪問看護基本療養費

※厚生労働大臣が定める疾病等の利用者は入院中2回まで可

② 訪問看護基本療養費 (I・II) の加算項目

		金額 (円)	利用者負担金 (円)		
			1割	2割	3割
夜間・早朝訪問看護加算	6～8、18～22時	2,100	210	420	630
深夜訪問看護加算	22～6時	4,200	420	840	1,260
緊急訪問看護加算	予定外訪問 14日まで/月	2,650	265	530	795
	予定外訪問 15日以降/月	2,000	200	400	600
長時間訪問看護加算(90分超)	1日/週 ※1	5,200	520	1,040	1,560
難病等複数回訪問加算	2回/日	4,500	450	900	1,350
	3回以上/日	8,000	800	1,600	2,400
複数名訪問看護加算	看護師等 1回/週	4,500	450	900	1,350
	准看護師 1回/週	3,800	380	760	1,140
	看護補助者 3回/週 ※2	3,000	300	600	900

※1 15歳未満の超重症児・準超重症児、15歳未満で厚生労働大臣が定める状態の利用者は週3回を限度

※2 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者、特別訪問看護指示期間中の利用者は

①1日に1回 3000円 / ②1日に2回 6000円 / ③1日に3回以上10000円

③ 訪問看護管理療養費

		金額(円)	利用者負担金(円)			
			1割	2割	3割	
訪問看護管理療養費	月の初回訪問	機能強化型訪問看護管理療養費1	13,230	1,323	2,646	3,969
		機能強化型訪問看護管理療養費2	10,030	1,030	2,060	3,090
		機能強化型訪問看護管理療養費3	8,700	870	1,740	2,610
		上記以外の場合	7,670	767	1,534	2,301
	2日目以降/日	訪問看護管理療養費1	3,000	300	600	900
		訪問看護管理療養費2	2,500	250	500	750

④ 訪問看護管理療養費の加算項目

		金額(円)	利用者負担金		
			1割	2割	3割
24時間対応体制加算	1回/月	6,800	680	1,360	2,040
特別管理加算	1回/月 ※1	5,000	500	1,000	1,500
	1回/月 ※2	2,500	250	500	750
退院時共同指導加算 (特別管理加算の対象者)	1回のみ ※3 特別管理指導加算	8,000	800	1,600	2,400
		+2,000	+200	+400	+600
退院支援指導加算	1回のみ	6,000	600	1,200	1,800
在宅患者連携指導加算	1回/月	3,000	300	600	900
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	2回まで/月	2,000	200	400	600
看護・介護職員連携強化加算	1回/月	2,500	250	500	750
精神科重症患者支援管理連携加算	1回/月 ※4	8,400	840	1,680	2,520
	1回/月 ※5	5,800	580	1,160	1,740

※1 厚生労働大臣が定める状態等の利用者で、特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者のうち第一号の状態にある者

※2 厚生労働大臣が定める状態等の利用者で、特掲診療料の施設基準等・別表第八に掲げる者のうち第一号以外の状態にある者

※3 厚生労働大臣が定める疾病等の利用者は2回まで可

※4 精神科在宅患者支援管理料2のイを算定している場合

※5 精神科在宅患者支援管理料2のロを算定している場合

⑤ その他の療養費

	金額 (円)	利用者負担金			
		1割	2割	3割	
訪問看護情報提供療養費Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ	1回/月 ※	1,500	150	300	450
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅰ		25,000	2,500	5,000	7,500
訪問看護ターミナルケア療養費Ⅱ		10,000	1,000	2,000	3,000

※情報提供先によって区別される（Ⅰ市町村等、Ⅱ義務教育諸学校、Ⅲ保険医療機関等）

4 その他の費用について

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、移動に要した交通費の実費（公共交通機関等の交通費）を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は、片道5km未満は100円、5km以上は200円を請求致します。 公共交通機関が利用できない場合（夜間等）で緊急訪問時にタクシーを利用した際はその実費を請求致します。
キャンセル料	サービス利用を当日キャンセルされた場合は、1サービスにつき利用料金額（10割）の全額を請求いたします。 ただし、訪問時間の1時間前までにご連絡をいただいた場合や病状の急変や急な入院等の場合につきましては、キャンセル料の請求は致しません。
営業日以外の訪問	所定の療養費に加え1回あたり別途3000円を請求いたします。
差額費用の利用料	1時間30分を超えた訪問看護については、所定の療養費に加え、1回あたり別途5000円を請求致します。
指定訪問看護以外のサービス	30分あたり2500円の実費費用とそれに係る交通費を請求致します。

5 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額、その他の費用の請求方法等	<p>ア 利用料、利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日までに利用者あてにお届け（郵送）します。</p>
② 利用料、利用者負担額、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 利用料は、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 口座振替 * 口座振替手数料は弊社負担です。 * お届け印・記載事項の相違、残高不足等ご利用者様のご都合により、振替が行えなかった場合その振替手数料につきましては、次回のご請求時に精算させていただきます。</p> <p>(イ) 事業者指定口座への振り込み 振込口座：関西みらい銀行 矢田支店 普通預金0074370 口座名義：株式会社ライフエイド</p>

	(手数料はご利用者様負担です)
	(ウ) 現金支払い * 最終のお支払いはお振込みもしくは現金書留 でお願ひ致します イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、 領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願い します。(医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。)

※ 利用料、利用者負担額、及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにも関わらず支払い期日から2ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

6 担当する看護職員の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する訪問看護員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	尾上 幸子
	イ 連絡先電話番号	06-6718-5581
	同ファックス番号	06-6718-5582
	ウ 受付日及び受付時間	月曜日から金曜日 9時から17時30分

※ 担当する看護職員は、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行います。が、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7 衛生管理等

看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めます。

8 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨機応変の手当を行うとともに、速やかに主治医に連絡を行い指示を求める等の必要な措置を講じます。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じるものとします。また、管理者に報告するとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

利用者が指定する緊急連絡先

緊急連絡先の家族等	続柄 ()
住所	〒
電話番号 (自宅)	
電話番号 (携帯)	

9 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した訪問看護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

イ 苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するために管理者が事情の確

認を行い、時下の対応を決定します。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 訪問看護ステーション 湊	所在地 大阪市東住吉区住道矢田一丁目20番11号 電話番号 06-6718-5581 FAX 06-6718-5582 受付時間 9時から17時30分まで 担当者 管理者 尾上 幸子
---------------------------------	--

10 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する義務は、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても継続します。
② 個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

11 虐待の防止について

(1) 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	看護師 尾上 幸子
虐待防止に関する担当者	看護師 岸谷美智子

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- 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 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- ⑥ 虐待の防止のための指針を作成します。

12 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷行為等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- ①緊急性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- ②非代替性・・・身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです
- ③一時性・・・利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13 事故発生時の対応方法について

利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、市区町村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、損害賠償を速やかに行います。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	賠償責任保険
補償の概要	被保険者が保険期間中に発生した身体の障害、経済的損害、管理財物の損害等について、法律上の損害賠償責任を補償する。

14 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

15 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。

(4) 訪問看護師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。

(5) 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。

16 その他サービスの提供にあたって

(1) 事業所は、従業員の資質向上のために研修の機会を設けるものとします。

(2) 事業所は訪問看護に関する記録を整備し、当該サービスを提供した日から5年間保存するものとします。

(3) この規程に定める事項の外、運営に関する重要事項は利用者と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとします。

(4) 悪天候や災害時の状況によっては、訪問できない場合や途中で訪問を中止する場合があります。また、ご契約をいただいても、24時間対応や緊急対応ができない場合があります。

(5) 災害や感染症などにより、当ステーションが通常の業務を行えなくなった場合、一時的に訪問ができなくなることがあります。また必要に応じて近隣の訪問看護ステーションに訪問を委託する場合があります。

17 訪問看護サービスの提供予定

このサービス提供予定は、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) サービス提供責任者 氏名 尾上 幸子

(2) 提供予定時間帯と訪問看護の内容

曜日	訪問時間帯	サービス内容
月		
火		
水		
木		
金		
土		
日		

(3) その他の費用

① 交通費の有無 (有 ・ 無) サービス提供1回当たり 円

(4) 1か月当りのお支払い額の目安

*利用料、その他療養費、加算の利用者負担額とその他の費用の合計

お支払い額の目安 円

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、加算費用の有無、ご利用状況、年齢や収入等により変動します。

18 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	令和 年 月 日
-----------------	-------------------------

上記内容について、説明を行いました。

事業者	所在地	大阪市東住吉区住道矢田一丁目20番11号
	法人名	株式会社ライフエイド
	代表者名	代表取締役 古手川 登
	事業所名	訪問看護ステーション 湊
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

上記署名は、氏名 (続柄:) が代行しました。

代理人	住所	
	氏名	