

訪問看護 重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名称	医療法人社団 三医会 訪問看護ステーション長沢ひまわり
所在地	〒214-0035 川崎市多摩区长沢 1-27-7-2 階
代表者名	所長 臼田 恵
電話番号	044-977-9674
事業所番号	訪問看護 (指定事業所番号 1465490008)
サービス提供地域	川崎市 多摩区・麻生区・宮前区・高津区

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談下さい。

2. 事業の目的と運営方針

主治医の指示のもと、利用者の心身の状態を踏まえ適切な看護技術をもって、計画的な訪問看護を提供することを目的とします。

利用者の生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し快適な在宅療養が継続できるように支援します。

また、自らその提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

3. 当事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算 後の人数 (人)	職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)		
管理者	1	1			従業者及び業務の 管理
訪問 看護 員	保健師				報告・計画書の作成 訪問の調整
	看護師	10	7	3	
	理学療法士	3		3	
	作業療法士	1		1	
言語聴覚士					
事務	1	1			事務 (居宅と兼務)

※ 管理者は看護師 (常勤) の人数に再掲

4. 営業時間

営業日	平日 (月～金曜日)
営業時間	8:45～17:00まで
休業日	土・日・祝祭日、年末年始 (12月30日～1月3日)
緊急時の対応のため、24時間対応体制をとっています	

1 1. 緊急時等の対応

訪問看護師の提供を行っているときに、利用者に病状の急変等が生じた場合には、必要に応じて臨機応変の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡を行い、指示を求める等の必要な対応をします。

1 2. 重要事項の掲示について

事業者は、事業所の見やすい場所に運営規定の概要・職員の勤務体制・利用料その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項等を書面掲示するとともに、情報をウェブサイト（ホームページ）に掲載します。

1 3. 利用者負担金

利用者の額は、厚生労働大臣の定める基準によるものとし、利用者の方からいただく利用者負担金は、この法定利用料の利用者負担割合とする。

ただし、医療保険で適用となる回数や時間を超えたサービス費は全額が利用者様の負担となります。

(1) 処置費

利用者の申し出により指定訪問看護と連続して行なわれる死後の処置を行なった場合の費用は実費を徴収する。

(2) 利用者負担金は、利用の翌月に1ヶ月まとめて毎月27日に、ご指定の金融機関の口座から引き落としさせていただきます。

1 4. キャンセル

利用者がサービス利用の中止をする場合には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 0 4 4 - 9 7 7 - 9 6 7 4

1 5. 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、次の事項にご留意下さい。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭取り扱いはできません。
- ② 看護師等は、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察の補助を行うこととされていますので、それ以外の業務（調理・掃除・買い物など）をすることはできません。あらかじめ ご了承ください。
- ③ 訪問に際して、天候や交通事情、その他の事情によりサービス利用予定時間に多少の変更が発生する場合があります。あらかじめ ご了承ください。
- ④ 地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その時は、事務所から連絡します。
- ⑤ 看護師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。
- ⑥ 当事業所において、看護学生等の臨地実習受け入れ施設として協力をしております。臨地実習について、看護教育の必要性を御理解いただき御協力お願い致します。なお、同行訪問する際には事前にご連絡いたします。

16. 利 用 料

利用者負担金（医療保険法定利用料）

後期高齢者の 対象の方	・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合となります。		
	①	一般（②、③以外の方）	一割負担 月上限額 18,000 円
	②	市民税非課税世帯の方	一割負担 月上限額 8,000 円
	③	一定以上の方*	三割負担 月上限額 44,000 円
*一定以上の方は、後期高齢者保険の窓口へ届け出てみとめられれば一割負担となる場合があります。			
前期高齢者の 対象の方	<ul style="list-style-type: none"> ・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合となります。 ・70歳の誕生日に到達した月の翌月から自己負担割合が2割になります。 ・ただし、1日生まれの方は誕生日月当日から前期高齢該当となります。 		
一般の 健康保険等	<ul style="list-style-type: none"> ・（基本療養費+管理療養費+加算分）×負担割合となります。 ・重度心身障害者医療、自立支援医療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、上限負担額となります。 ◆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されると、超えた金額が高額療養費として支給されます。 <p>*いずれも医療費控除の対象となります。</p>		

（注）医療保険対象外実費ご利用料については別紙料金表参照。

17. 苦情申立窓口

当事業所のお客様 苦情・相談窓口	電 話	044-977-9674
	管 理 者	臼田 恵
	ご利用時間	平日 8:45～17:00

●市役所および公的機関において苦情申立等ができます。

重要事項説明年月日 令和 年 月 日

(乙) 当事業所は、甲に対する訪問看護サービスの提供開始に当たり、サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、サービス内容および重要事項を説明しました。

(乙) 訪問看護サービス事業者

所在地 〒214-0035 川崎市多摩区长沢 1-27-7-2 階

名 称 医療法人社団三医会
訪問看護ステーション長沢ひまわり ㊞

説明者 氏 名 _____

(甲) 私は、訪問看護サービス内容説明書および重要事項説明書に基づいて、乙からサービス内容および重要事項を受けました。

(利用者) 氏 名 _____

(代理人) 氏 名 _____

個人情報利用同意書

私（および私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用目的及び情報提供を行う事業所

(1)事業所内での利用

- 1.利用者様に提供する医療サービス
- 2.医療保険事務・会計・経理
- 3.事故等の報告
- 4.当該利用者様への医療サービスの向上
- 5.医療の質の向上を目的とした事業所内症例研究
- 6.その他、利用者様に係る管理運営業務

(2)事業所外への情報提供としての利用

- 1.他の訪問看護ステーション・介護サービス事業所・病院・診療所・助産院・薬局などとの連携
- 2.区役所(保健福祉サービス課・福祉事務所)保健所・在宅福祉公社などとの連携
- 3.他の訪問看護ステーション・居宅介護支援サービス事業所等からの照会への回答
- 4.利用者様の医療サービス等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- 5.ご家族等への医療サービス内容の説明
- 6.審査支払機関へのレセプトの提出及び、指定収納金融機関への照会
- 7.審査支払機関または保険者からの照会への回答
- 8.賠償責任保険等に係る、医療に関する専門の団体や保険会社等への相談または届け出等
- 9.その他、利用者への介護保険事務に関する利用

(3)その他の利用

- 1.医療サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 2.外部監査機関への情報提供

2. 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

3. 使用する条件

個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。

同意日 令和 年 月 日

訪問看護ステーション長沢ひまわり 殿

(利用者) 氏名 _____

(代理人) 氏名 _____

訪問看護加算同意書

訪問看護加算は以下のような内容で提供させていただきます。

ご本人の状態の変化やご要望がありましたら、ご相談しながら内容を修正追加させていただきます。

加算の名称	加算の有無	算定開始日
24 時間対応体制加算	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	令和 年 月 日
特別管理加算(重症度等の高いもの)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日
特別管理加算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日
退院時共同指導加算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日
特別管理指導加算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日
退院支援指導加算	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	令和 年 月 日
情報提供療養費	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	令和 年 月 日
医療 DX 情報活用加算	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	令和 年 月 日
ベースアップ評価料	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない	令和 年 月 日

交通費 _____ 円

私は、貴ステーションからの訪問看護加算について、説明を受け、内容を確認しました。

私は、訪問看護加算について同意いたしました。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業者が記名押印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

同意日 令和 年 月 日

(利用者) 氏名 _____

(代理人) 氏名 _____