

ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター 訪問看護 重要事項説明書（医療保険用）

当事業所はご利用者に対して訪問看護のサービスを提供します。サービスの提供開始にあたり、提供されるサービスの内容・ご利用料金、契約上のご注意等を次の通り説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	医療法人 ハーブ内科皮フ科
主たる事務所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地
代表者（職名・氏名）	理事長 竹内 秀俊
設 立 年 月 日	平成11年12月7日
電 話 番 号	0569-48-9074

2. ご利用事業所の概要

事業所の名称	ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター
事業所の所在地	〒470-2206 愛知県知多郡阿久比町大字横松字宮前67番地
電 話 番 号	0569-49-2752
管理者（氏名）	岩崎 薫
事業所番号	2365790068
通常の事業の実施地域	阿久比町、半田市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	医療法人ハーブ内科皮フ科が開設するハーブ内科皮フ科在宅医療介護センターが行う訪問看護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の訪問看護職員が、主治医が医療処置等を必要と認めた利用者に対し、適正な事業の提供を目的とします。
運営の方針	1 利用者の人権、プライバシー、自己決定を尊重します。 2 最期のときまで人間性を尊重した個別処遇に取り組みます。 3 地域で安心して暮らせるよう家族を支援します。 4 常に誠意を持って質の高いサービスが提供できるよう、研修、研究に励み、専門性の向上に努めます。

4. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで（国民の祝日は営業します） ただし、ゴールデンウィーク及びお盆、及び年末年始を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ただし、24時間対応体制加算に同意されている方は、利用者及びその家族からの看護に関する相談に常時対応できる体制を整えています。また、必要に応じて緊急時に訪問します。

※暴風や路面凍結など、ご利用に危険が伴うと判断した場合、ご連絡の上お休みとさせていただきます。

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	常勤1名（訪問看護師と兼務）
訪問看護師	常勤換算2.5名以上

2024年6月1日現在

6. 提供するサービスの内容

以下のサービスを行います。

・症状や障害の観察	・膀胱留置カテーテルの交換、管理
・褥創予防の援助指導及びその処置	・経管栄養カテーテルの管理
・清拭、洗髪、シャワー浴、入浴などによる清潔の保持	・胃瘻の管理
	・吸引器の指導
・食事や排便、排尿などの日常生活の援助	・気管カニューレの管理
	・酸素療法の管理
・療養生活や介護方法の助言、指導	・中心静脈栄養の管理
・ターミナルケア	・輸液ポンプ装着者の管理
・認知症の看護	・人工肛門の管理
・自立とQOLのリハビリテーション	・人工膀胱の管理
・介護者の支援	・その他在宅療養を継続するために必要な医師の指示による医療処置
・福祉、保険サービス等の活用支援	

7. 利用料

利用者がサービスを利用した場合の「サービス利用料金」は以下のとおりです。利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、サービス利用料金に利用者の健康保険被保険者証に記載のある負担割合を乗じた額とします。

(1) 利用者負担金 (医療保険 法定利用料) 2018年4月改定

項目	内訳	金額	自己負担 1割	自己負担 3割
訪問看護 基本療養費 (I)	看護師/理学療法士による訪問	週3日まで： 5550円/回	555円	1665円
		週4日以降： 6550円/回	655円	1965円
管理療養費	月の初日の訪問の場合	7400円	740円	2220円
	月2回目以降の訪問の場合	1日につき 2980円	298円	894円
情報提供 療養費	各市町村、保健所への 情報提供費用	1月 1500円	150円	450円
訪問看護 基本療養費 (III)	入院中の者が在宅療養に 備えて1泊2日以上の外 泊をする際の指定訪問看 護利用時の加算(規定あり)	入院中に1回 (もしくは2回) 8500円	850円	2550円
追加加算	24時間対応体制加算	1月につき 6800円	680円	2040円
	特別管理加算(管理内容 により金額が異なります)	1月につき 2500/5000円	250/500 円	750/1500 円
	早朝・夜間看護加算 早朝(6~8時) 夜間(18~22時)	1回につき 2100円	210円	630円
	深夜訪問看護加算 深夜(22~6時)	1回につき 4200円	420円	1260円
	複数名訪問看護加算 (1人以上の看護職員と の同行)	看護師と訪問 週1日まで 4500円	450円	1350円
		准看護師と訪問 週1日まで 3800円	380円	1140円
		看護補助者と訪問 週3日まで 3000円	300円	900円
長時間訪問看護加算 (90分を超える場合)	週1回に限り 5200円	520円	1560円	

	退院時共同指導加算	1回(がん末期等は2回) 8000円	800円	2400円
	退院支援指導加算	退院の翌日以降の 初回訪問時 6000円	600円	1800円
	ターミナルケア療養費	死亡月 25000円	2500円	7500円
	在宅患者連携指導加算	月1回に限り 3000円	300円	900円
	在宅患者緊急時等 カンファレンス加算	月2回に限り 2000円	200円	600円

(2) その他の費用

①交通費

当事業所から片道1kmあたり110円

②衛生材料費

状況によって実費をご負担いただく場合があります。

③吸引器・吸入器レンタル代 1日110円

④エンゼルケア代

<営業日>8:30~17:29 (5,500円)、17:30~21:59 (11,000円)、
22:00~翌8:29 (16,500円)

<営業日以外>8:30~17:29 (11,000円)、17:30~21:59 (16,500円)、
22:00~翌8:29 (22,000円)

⑤エンゼルセット代 4,598円

(3) 利用料金のお支払い方法

上記(1)及び(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
郵便局口座より 引き落とし	サービスを利用した月の翌月の20日及び30日(祝休日の場合は直後の平日)に、ご契約者が指定する口座より引き落とします。
その他の金融機関 より引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、ご契約者が指定する口座より引き落とします。
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

8. 緊急時における対応方法

サービス提供中に体調や病状の急変等が生じた場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、事前の打ち合わせにより、速やかに主治医へ連絡を行い、指示を求める等、必要な措置を講じます。また、緊急連絡先に連絡します。

主治医	医師名	竹内 秀俊
	医療機関名称	ハーブ内科皮フ科
	電話番号	0569-49-2752
緊急連絡先①	氏名	
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	
緊急連絡先②	氏名	
	住所	
	電話番号①	
	電話番号②	

9. 事故発生時の対応

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、市町村に連絡を行い、状況に応じ適切な対応をいたします。

10. 苦情相談窓口

(1) 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）ハーブ内科皮フ科在宅医療介護センター
[管理者] 岩崎 薫
- 電話番号 0569-49-2752
- FAX 番号 0569-49-2753
- 受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：30～17：30

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【公的団体の窓口】 愛知県国民健康保険団体連合会 介護福祉室 苦情調査係	所在地 電話番号 受付時間	愛知県名古屋市東区泉 1-6-5 052-971-4165 (直通) 月～金曜日 9:00～17:00
【市町村の窓口】	所在地 電話番号 受付時間	

1.1. ハラスメント対応

事業者は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるよう、ハラスメントの防止に向け取り組みます。

- (1) 事業者は、職場におけるハラスメント防止のため「ハラスメント対策基本方針」を策定します。
- (2) 利用者およびそのご家族が事業所の職員に対して以下のハラスメント行為を行った場合には、利用契約の解除も含めて厳正に対応いたします。
 - 暴行：叩く、ける、つねるなど
 - 暴言：「役立たず」など職員の尊厳を傷つけるような言葉を言う、など
 - 威嚇：近距離で職員に対して怒鳴る、職員の求めに反してペットを柵に入れない、など
 - セクハラ：必要もなく手や腕を触る、性的な動画・音声を流す、など
 - 過度な要求：職員の雇用契約以外の労力や介護保険制度から逸脱する内容の要求など
 - プライバシー侵害：職員の許可なく写真や動画を撮影してSNS上に投稿する、執拗に個人情報を探る、など
 - その他、上記に値する、当事者間の信頼関係を破壊する一切の行為

1.2. 秘密の保持

- 事業所職員は、サービス提供をする上で知り得た契約者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約終了後も同様です。
- 事業所職員は、契約者から予め同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、契約者及びその家族の個人情報を用いません。

1.3. 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、次事項にご留意ください。
- ・看護師は年金の管理、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。
 - ・看護師等は老人保険法上、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。

・看護師等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。

また、当事業所において、看護学生の訪問看護実習受け入れ施設として協力しております。実習では学生が当事業所の看護師と同行し、看護内容・ケア方法を見学および実践を行います。看護教育の必要性をご理解いただきご協力お願いいたします。

なお、同行訪問する際には事前にご連絡いたします。

○看護学生実習責任者：榊原 美樹

- (1) 学生が看護援助を行なう場合、事前に説明を行い利用者又は利用者の家族の同意を得て行います。また、学生が看護援助を行なう場合、安全性の確保を最優先とし事前に看護師の助言・指導を行います。
- (2) 利用者および利用者の御家族の方は、学生の同行訪問および看護援助に対して無条件に拒否できます。また同意いただけないことを理由に訪問看護上の不利益な扱いを受けることはありません。
- (3) 学生は実習を通して知り得た利用者および利用者の御家族の方々に関する情報について、他者にもらすことのないようプライバシーの保護に留意します。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者名	医療法人	ハーブ内科皮フ科
代表者	理事長	竹内 秀俊
説明者		岩崎 薫

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 氏 名

私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

代筆者 氏 名
本人との続柄

本人の意思の確認が困難であるため、代理人（または身元引受人）として同意します。

代理人 氏 名
(身元引受人) 本人との続柄