

訪問看護ステーションたんぽぽ重要事項説明書

令和 6年 7月 1日 改定

訪問看護をご利用いただくにあたり、当事業所の概要、訪問看護の内容及び契約上の留意事項などについて、下記のとおり説明いたします。

1. 当事業所の方針

(1) 当事業所の方針

訪問看護ステーションたんぽぽの適正な運営を確保するために、人員および運営管理に関する事項を定め、ステーションの看護師その他の従業者（以下「看護職員」という）が、病気やけが等により家庭において継続して療養を受ける状態にあり、かかりつけの医師が訪問看護の必要を認めた利用者に対し、適正な訪問看護を提供することを目的とします。

ステーションの看護職員は利用者の心身の特性を踏まえて、可能なかぎり、その居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復・生活機能の維持向上をめざし支援します。また、市町村及び地域との結びつきを重視し、他の保健、医療又は福祉サービスとの密接な連帯をとりながら、利用者の健康が増進されるよう努めます。

2. 事業所概要

| | |
|-----------|---|
| 事業所名 | 訪問看護ステーション たんぽぽ |
| 所在地 | 北見市常盤町5丁目4番7 |
| ステーションコード | 5090044 |
| 管理者 | 所長 伊藤 めぐみ |
| 連絡先 | 電話番号：0157-57-7854 FAX：0157-57-7857 |

3. 事業所の職員体制

ステーションに勤務する従業者の職種、員数は次のとおりです。

(1) 管理者 看護師 1名

管理者は所属職員を指導監督し、適正な事業の運営が行なわれるように統括する

(2) 従業者 看護師 7名以上

訪問看護計画書と報告書を作成し、訪問看護を提供する。

4. 訪問看護の提供方法

(1) 訪問看護の利用希望者がかかりつけの医師に申し込み、医師が交付した訪問看護指示書に基づいて看護計画書を作成し訪問看護を実施する。

(2) 利用希望者または家族からステーションに直接申し込みがあった場合は、主治医に訪問看護指示書の交付を求めるよう指導する。

(3) 利用希望者に主治医がない場合は相談に応じる。

5. 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) 食事及び排泄等日常生活の世話
- (4) 褥瘡の予防・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

6. 実施地域

| | |
|------|-------------------|
| 実施地域 | 北見市（端野、留辺蘂、常呂は除く） |
|------|-------------------|

7. 営業日・営業時間

| | |
|------|-----------------|
| 営業日 | 月曜日～日曜日 |
| 営業時間 | 午前8時45分から午後5時まで |

8. 医療保険の訪問看護を受けられる方

医療保険の対象者は以下の方です。

- ① 要介護認定を受けていない方
- ② 医療保険適用の疾患の方「特掲診療料の施設基準 別表第7に掲げる疾病等の者（注1）」
- ③ 主治医より特別訪問看護指示書が発行された方

9. 訪問看護の利用料

医療保険による訪問看護を利用される場合は、主治医から『訪問看護指示書』を出していただきます。訪問看護を利用された際には、診療報酬によって定められている費用のお支払いが必要になります。

【1】基本的な費用

| 基本療養費I | 訪問看護を実施する職種 | 基本額 | 厚生労働大臣が定める疾病等の方 |
|--------|-----------------------|----------------------|---------------------|
| 療養費I | 保健師・看護師 | 1日につき 週3日まで 5550円 | 1日につき 週4日～ 6550円 |
| | 准看護師の場合 | 1日につき 週3日まで 5050円 | 1日につき 週4日～ 6050円 |
| 基本療養 | 保健師・看護師 | 1日につき 週3日まで | 1日につき 週4日～ |
| | 同一建物への訪問 2人まで 3人以上 | 5550円 2780円 | 6550円 3280円 |

| | | | |
|-------------|--|--------------------------------|---|
| 養 費 Ⅱ | 准看護師の場合 同一建物への訪問 2人まで 3人以上 | 1日につき(週3日まで) 5050円 2530円 | 1日につき 週4日～ 6050円 3030円 |
| | 基本療養費Ⅲ 2回は厚生労働省の定める疾病 (入院中で一時的な外泊時の訪問) | 1回 8500円 | 2回まで 1回につき 8500円 |
| | 6歳未満の乳幼児 ②は厚労省の定める疾病の場合 | 1日につき 1300円 | ②1800円 |
| | 訪問看護管理療養費 ①機能強化型訪問看護療養費3 ②機能強化型訪問看護療養費3以外 (訪問看護計画・報告書を主治医に提出し計画的な管理を継続します。安全管理体制を整備しています)基準により②になる場合があります。 | ①月の初日 ②月の初日 2回目以降 | 8700円 7670円 3000円 |
| | 訪問看護情報提供療養費 ①市町村又は特定相談支援事業者若しくは障害児相談支援事業者へ文書を添えて、必要な情報を提供します ②保育所又は学校(大学を除く)への入学、転学等により初めて在籍する場合に必要な情報を提供します ③入院又は入所した場合、必要な情報を提供します(勤医協以外及び主治医の医師の医療機関等への入院の場合を除く) | 月1回 | ①②③ともに 1500円 ②の場合、医療的ケアの実施方法等を変更した月は、一回に限り別に算定します。 |
| | ターミナルケア療養費1 自宅・グループホーム・特別養護老人ホーム等 ターミナルケア療養費2 グループホーム・特別養護老人ホーム等で別に看取り介護加算を算定している場合 | 療養費1の場合 療養費2の場合 | 25000円 10000円 |

*ターミナルケアについては必要時ご説明いたします。

(1) 一般的な訪問看護は、週3日が限度とされています。『厚生労働大臣が定める疾病等』による訪問看護利用の場合を除く。

<厚生労働大臣が定める疾病等>

『特掲診療料の施設基準 別表第7に掲げる疾病等の者(注1)』

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー病、パーキンソン病関連疾患、多系統萎縮症、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態の者

『特掲診療料の施設基準 別表第8に掲げる疾病等の者』

在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者を受けている状態にある者又は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状態にある者、在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者、人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者又は在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

- (2) 疾病の急性増悪等により、主治医が週4日以上頻回の訪問看護が必要である旨の『特別訪問看護指示書』の交付を受けた場合には月に1回(真皮をこえる褥瘡、気管カニューレを使用している方は月に2回)14日を限度に訪問看護を利用することができます。

【2】各種加算にかかわる費用

| | | |
|---------------|--|---|
| 加算費用 | 24時間対応体制加算 | 電話等に常時対応でき、緊急時訪問看護を必要に応じて行える体制にある。 月1回算定 6800円 |
| | 夜間・早朝訪問看護加算 | 夜間(午後6時~10時) 早朝(午前6時~8時) 2100円 |
| | 深夜訪問看護加算 | 深夜(午後10時~午前6時) 4200円 |
| | 長時間訪問看護加算 | 長時間の訪問を要する方(特掲診療料の施設基準 別表8、特別訪問看護指示書を受けている方等)、に90分を超えた訪問をした場合。 週1回算定(15歳未満の超重症児又は準超重症児の場合にあっては週3日) 5200円 |
| | 緊急訪問看護加算 | 診療所または在宅療養支援病院の主治医の指示で緊急訪問を行った場合 1日1回算定 月14日目まで 2650円 月15日目以降 2000円 |
| | 特別管理加算 | 重症度により算定 月1回の算定 a, 5000円 b, 2500円 a…在宅悪性腫瘍患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態の方、又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態の方 b…上記aを除く特掲診療料の施設基準 別表8の方 |
| | 難病等複数回訪問加算 | 厚生労働大臣が定める疾病等、又は特別訪問看護指示書の交付を受けた場合 1日2回 1日につき4500円 / 1日3回以上 1日につき8000円 |
| | 複数名訪問看護加算 | 特別な状態(厚生労働大臣の定める疾病等の方、特別訪問看護指示書を受けている方、暴力行為、迷惑行為、器物破損行為を認めた方等)に対し、複数名の訪問看護が必要な場合 保健師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士(週一回) 4500円 准看護師(週一回) 3800円 看護補助者 1日1回の場合 3000円 1日2回の場合 6000円 1日3回以上の場合 10000円 |
| | 退院時共同指導加算 | 入院中等に病院等の職員等とともに、看護師等が療養上の指導を行い、文書で提供した場合、月1回の算定。(複数日に指導した場合<厚生労働大臣が定める疾病等>の方は2回に限り算定) 8000円 特別管理加算対象の方 2,000円加算 |
| | 退院支援指導加算 | 厚生労働大臣の定める疾病等の方で、退院日の訪問看護が必要と認められ退院日在宅において療養指導を行った場合に算定 6000円(長時間8400円) |
| 看護・介護職員連携強化加算 | 喀痰吸引等に関して介護業務に従事する職員を支援する 月1回 2500円 | |

| | |
|-------------------|---|
| 在宅患者連携指導加算 | 訪問診療を実施している医療・歯科医療機関等と情報共有を行い、看護師等が療養指導を行った場合 月 1 回算定 3000 円 |
| 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 | 急変に伴い看家に赴き、共同で療養指導を行った場合に算定月 2 回算定 2000 円 |
| ベースアップ評価料 | 厚労省の基準により処遇改善として配分 780 円 |
| 医療 DX 情報活用加算 | 電子資格確認により、診療情報を取得し、管理をした場合 50 円 |

【3】利用にともなう自己負担額について

ご利用者さまにお支払いいただきます自己負担額については、加入しておられます健康保険の種類、また各種医療助成制度の対象者かどうかなどによって異なります。一覧表を、ご確認ください。

| 保険種別・各種制度 | 負担割合など | 自己負担限度額（外来） |
|---------------------------------|---|--|
| 高齢受給者 （70～74歳で後期高齢者医療保険以外の方） | 原則 2 割、 現役並み 3 割 | 一般 145 万円未満の方 ※1 18000 円/月（年間上限 144000 円） 住民税非課税 |
| 後期高齢者医療保険 | 1 割 一般所得者 2 割 一定所得のある 方（令和 7 年 9 月ま で上昇を 3000 円に 抑える配慮措置あ り） 3 割 現役並み所得者 | 8000 円/月 Ⅰ課税所得（現役並） 145 万円以上の方 80100 円+（医療費-267000 円）×1%/月 <多数回 44400 円※2> Ⅱ課税所得（現役並） 380 万円以上の方 167400 円+（医療費-558000 円）×1%/月 <多数回 93000 円 ※2> Ⅲ課税所得（現役並） 690 万円以上の方 252600 円+（医療費-842000 円）×1%/月 <多数回 140100 円 ※2> |
| 重度心身障害者医療費助成制度 | 1 割 | 18000 円/月 住民税非課税 8000 円/月 |
| 乳幼児医療費助成事業（中学校まで） | 1 割 | 18000 円/月 住民税非課税 8000 円/月 |
| 特定疾患治療研究事業の対象者 | | 負担割合と受給者証限度額による |
| 生活保護世帯 | 自己負担分は、扶助されます | |
| 国保・健保本人/健保家族 | 3 割 | |

※1 世帯収入の合計額が 520 万円未満（一人世帯の場合は 383 万円未満）の場合等

※2 過去 12 ヶ月以内に 3 回以上、上限額に達した場合は、4 回目から「多数回」該当となり、上限額が下がります

10. 利用料金の支払いについて

- (1) 支払い方法は、銀行振り込みまたは口座からの自動引き落としとなります。
- (2) 請求書は、毎月 15 日頃、ご自宅に送付されます。
- (3) 銀行振り込みの方は、毎月 27 日にご指定の口座から引き落としいたします。
- (4) 領収書は、ご入金を確認したあと、ご自宅に送付します。

※なお、現金でのお支払いを希望される場合は、ご相談ください。

11. 中止・変更等の連絡について

- (1) 利用者の都合で利用を中止したり、変更する場合には、予め連絡して下さい。
- (2) 契約全体を解約することができます。その際の費用については一切かかりません。

1 2. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また緊急連絡先に連絡いたします。

1 3. 事故発生時の対応

- (1) 利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行うなどの必要な措置を講じます。
- (2) 事故が発生した場合には、利用者に対し応急処置・医療機関への連絡・搬送等の措置を講じ、速やかに市町村・利用者の家族等に連絡を行います。
- (3) 事故の状況及び対応等を記録します。
- (4) 事故が生じた際にはその原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

1 4. 相談・苦情等に対する体制と手順

- (1) 相談や苦情等に対する窓口は、下記のとおりです。

| | |
|----------------------------|---|
| 相談・苦情の窓口 訪問看護ステーションたんぼぼ | 利用時間： 平日 午前9時～午後5時 担当者名： 所長 伊藤 めぐみ 電話番号： 0157-57-7854 |
|----------------------------|---|

- (2) 苦情処理の体制および手順について

- ① 苦情がよせられた場合には、ただちに訪問するなどして詳しく状況を把握し、関係する職員、サービス事業所からの聞き取りを行う等します。
- ② 苦情等については、事業所として検討し、対応します。
- ③ 寄せられた苦情の内容および対応の経過等を記録し、事業所職員の再発防止に役立てるようにします。

1 5. 虐待防止について

- (1) 虐待防止対策委員会を開催し、その結果を従業者に周知徹底します。
- (2) 虐待の未然防止、早期発見、虐待等への適切な対応等を定めた指針を整備します。
- (3) 高齢者の人権擁護、虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等を図るため、毎年1回以上、虐待の防止のための研修を行います。
- (4) 上記を推進するための担当： 所長 伊藤 めぐみ

1 6. 衛生管理及び感染症、まん延防止等への対応

- (1) 事業所の設備、備品等を清潔に保持し、衛生管理に努めます。
- (2) 従事者の健康状態を把握し、定期健康診断などの必要な管理を行います。
- (3) 従事者は、感染症の防止、食中毒の防止等に関する知識の習得に努めます。
- (4) 感染対策委員会を設置し、感染症拡大防止、感染予防について取り組みます。
- (5) 感染症等が発生した場合であっても、事業継続計画に沿った対応ができるよう研修及び訓練を行います。

1 7. 非常災害対策について

- (1) 非常災害に備えて消防計画及び風水害、地震等の災害に対処する計画、事業継続計画に基づき、責任者を

設定して非常災害対策を行います。

- (2) 事業所は、大規模自然災害に備え、事業継続計画に沿った研修及び訓練を行います。
- (3) 定期的に事業継続計画の見直しを行い、必要に応じて計画の変更を行います。

18. 利用者の秘密保持について

- (1) 個人情報等に関する相談や苦情等に対する窓口は、下記のとおりです。

| | |
|----------------|-------------------|
| 相談・苦情の窓口 | 担当職員： 所長 伊藤 めぐみ |
| 訪問看護ステーションたんぼぼ | 電話番号 0157-57-7854 |

- (2) 当事業所の従業者は、サービス提供する上で知り得た、利用者及び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、利用解約後も同様です。
- (3) 当事業所は、個人情報の取り扱いについて下記に定める限り、利用者および家族の代表者等から同意を頂くことによって、情報を提供することとします。

19. サービス利用にあたっての禁止行為

- (1) 職員に対して行う暴言・暴力、いやがらせ、誹謗中傷などの迷惑行為、及びパワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止しています。これらの行為が認められた場合、サービスの中断や契約解除の対象となります。より良い信頼関係が構築できるようご協力ください。
- (2) 利用者もしくはその家族等が、事業所もしくは職員に現金又は物品を享受することを禁止しています。

20. 当法人の概要

- (1) 法人名 医療法人 オホーツク勤労者医療協会
- (2) 法人の所在地 北見市常盤町5丁目7番地5
- (3) 電話 0157-26-1300
- (4) 代表者氏名 理事長 堺 慎

以上

◎訪問看護の提供開始にあたり、ご利用者またはご家族の方に本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

(事業者) 所在地：北見市常盤町5丁目4番7 事業所：訪問看護ステーションたんぽぽ

説明者氏名 _____ 印

◎訪問看護の提供にあたり、事業者より本書面に基づいて、重要な事項の説明を受け理解したうえで同意します。

年 月 日

利用者 氏名 _____ 印

住所 _____

代筆または代理人氏名 _____ 印

住所 _____

(利用者との関係 _____)

◎訪問の日時

- (1) 訪問日 年 月 日から開始
(2) 曜日及び訪問時間 曜日 時 分から