

重要事項説明書（医療保険）

訪問看護ステーションにじの丘

当事業所は利用者に対して、指定訪問看護サービスを提供します。

当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通り説明いたします。

1. 事業者概要

事業者名称	社会福祉法人 菊水会
主たる事務所の所在地	山口県下関市菊川町大字下岡枝1064番地
代表者名	理事長 青柳 龍平
電話番号	083-287-1220
FAX番号	083-287-1270
設立年月日	平成10年4月1日

2. 事業所

事業所名称	訪問看護ステーション にじの丘
事業所の種類	訪問看護
所在地	山口県下関市菊川町大字田部223-1
電話番号	083-287-0564
ファクシミリ番号	083-287-2212
開設年月日	平成23年7月1日
管理者の氏名	篠田 聡美
サービス提供地域	菊川町、豊田町、豊浦町、小月、吉田、王司、王喜地区

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	社会福祉法人菊水会が運営する訪問看護ステーション（以下「ステーション」という。）が行う訪問看護の事業は、ステーションの看護師が、主治医が指定訪問看護の必要を認めた高齢者に対し、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるように支援することを目的とします。
運営の方針	1 利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。 2 事業の実施に当たっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め総合的な支援を心がけます。 3 意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスを提供します。

4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	職務の内容
管理者	1名 常勤(看護師兼務)	管理者は、ステーションの従業者の管理、指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の利用申し込みに係る調整、主治医との連携・調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。
看護師	3名 常勤3名 (うち1名 管理者兼務)	①利用者の心身の状態、日常生活状況及び希望を踏まえてサービスの内容を記載した訪問看護計画、訪問看護予防計画を作成し、利用者、そのご家族に説明し、その計画書を交付します。 ②利用者の状態の変化やサービスの意向を把握し、サービス担当者会議への出席、関係機関との情報の共有を図り、訪問看護計画を変更します。 ③訪問看護計画に基づきサービスを提供します。 ④訪問看護師間で利用者の情報を伝達し、看護目標、看護内容を把握します。 ⑤看護技術、知識の向上の為に必要な研修に参加します。
准看護師	0名	
理学療法士	1名 非常勤	①利用者の日常生活状況、心身の状態及び希望を踏まえてサービスを提供します。 ②利用者の状態、サービスの内容を他職員に指導します。

5. 営業時間

営業日	月～土曜日。 日曜日、祝日休み 年末年始：12月30日～1月3日休み
営業時間	月～金曜日8時30分～17時30分 土曜日8：30～13時 但し、24時間体制を整えています。 緊急時はこの限りではありません。

6. 提供するサービス内容

(1)「訪問看護」は利用者の居宅において看護師その他省令で定める者が療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

- ①全身状態の観察 ②清拭・洗髪・入浴等による清潔の保持
- ③療養上の食事及び排泄等日常生活の介助 ④褥瘡の予防・処置 ⑤ターミナルケア
- ⑥リハビリテーション ⑦認知症の看護 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)事業者は、利用者のご希望する日程を相談の上、訪問看護サービスを提供します。

7. 利用料

(1) 利用者からいただく利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で下記の通りです。(基本療養費+管理療養費+加算分)×負担割合が負担金となります

(2) 利用料の支払方法

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 10 日までに請求しますので、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ください。

- ① 現金払い (集金にお伺いいたします。)
 - ② 金融機関口座 (西京銀行、山口銀行) からの自動引き落とし
 - ③ 事業所指定口座への振込 (手数料は利用者負担となります)
- お支払を確認しましたら、領収書を発行します。

◆ 利用者負担金 (医療保険法定利用料)

基本療養費 (1回 30~90分)	+	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">3日/週まで</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">4日/週以降</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">5,550円/回</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">6,550円/回</td> </tr> </table>	3日/週まで	4日/週以降	5,550円/回	6,550円/回
3日/週まで	4日/週以降					
5,550円/回	6,550円/回					
管理療養費	+	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">月の1日目</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">2日目以降</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding: 2px;">7,300円</td> <td style="text-align: center; padding: 2px;">3,000円/回</td> </tr> </table>	月の1日目	2日目以降	7,300円	3,000円/回
月の1日目	2日目以降					
7,300円	3,000円/回					
訪問看護情報提供療養費	1,500円/月					
各種加算	+	加算分は別紙参照				

義務教育就学前	2割	
義務教育就学後~70歳	3割	
70歳以上75歳未満	現役並み所得者以外	2割
	現役並み所得者	3割
後期高齢者医療の対象者 (①75歳以上の者または②65歳以上で広域連合から障害認定を受けた者)	現役並み所得者以外	1割
	現役並み所得者	3割
特定医療疾患対象者	0割	
重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は、受給者証記載の負担割合		

◆ 1ヶ月に支払った利用者負担金が一定額を超えた場合は、超えた金額を市町村へ申請しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※医療費控除の対象となります。

- ・医療保険証などを確認させていただきます。

これらの書類について内容に変更が生じた場合はお知らせください。

8、サービスに関する苦情相談窓口

当事業所 ご利用者相談窓口	利用時間	平日 午前9時00分～午後5時00分 土日 午前9時00分～午後1時
	連絡先	電話 083-287-0564 FAX 083-287-2212 住所 下関市菊川町大字田部223-1
	担当者	篠田 聡美
下関市福祉部 介護保険課 給付係	利用時間	平日 午前8時30分～午後5時15分 土・日・祝日は除く
	連絡先	電話 083-231-1371 FAX 083-231-2743 住所 下関市南部町21-19
山口県国民健康保険団 体連合会	利用時間	平日 午前9時～午後17時 土・日・祝日は除く
	連絡先	電話 083-995-1010 FAX 083-934-3665 住所 山口市朝田1980-7

9. 緊急時等の対応方法

看護師は、訪問看護及び介護予防訪問看護を実施中に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、必要に応じて緊急応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。

緊急連絡先

利用者の主治医	医療機関名 氏名	
	電話 住所	
緊急連絡先	① 氏名 電話番号 住所	契約者との続柄 ()
	② 氏名 電話番号 住所	契約者との続柄 ()

10. 損害賠償保険への加入

当事業所の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業所にその原因を認められる損害賠償については速やかに対応します。

当事業所は訪問看護事業者総合保険に加入しております

11. 連帯保証人

本契約書の契約者には、代理人（身元引受人）を連帯保証人とし、他に1人、合わせて2人の連帯保証人を付けるものとし、連帯保証人は、契約者が支払う利用料金等について、連帯しその責めを負うものとします。但し、身寄りがなく、連帯保証人がいないことをもって、訪問看護サービスは拒まれません。

訪問看護の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

事務所所在地 山口県下関市菊川町大字田部 223-1

名 称 訪問看護ステーション にじの丘

説明者 篠田 聡美 印

私は、契約書及び重要事項説明書に基づいて、事業所からサービス内容及び重要事項の説明を受け、同意のもと、交付を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人（身元保証人）

住 所 _____

（連帯保証人）

（成年後見人の場合は
該当するものを○で囲む
後見人・保佐人・補助人）

氏 名 _____ 印

続柄（ ）

連帯保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続柄（ ）