

重要事項説明書

(訪問看護：医療保険)

利用者：_____様

関門医療センター ビーンズ訪問看護ステーション

訪問看護重要事項説明書〔令和8年8月1日現在〕

1. 事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

訪問看護ステーション名：関門医療センター ビーンズ訪問看護ステーション
TEL：083-241-1199（内線3553）
担当 管理者 岡田 寛子
※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2. 概要：独立行政法人国立病院機構 関門医療センター ビーンズ訪問看護ステーション

(1) サービス提供地域

訪問看護ステーション名	関門医療センター ビーンズ訪問看護ステーション
所在地	下関市長府外浦町1番1号
サービス提供地域	下関市内（豊浦、豊田、豊北、菊川の各圏域、離島を除く）

(2) 営業時間

月 ～ 金	午前8：30 ～ 午後5：15
-------	-----------------

※土・日・祝日・年末年始（12/29～1/3）は、休日となっております。

※電話等により24時間連絡対応が可能な体制をとっています。（要契約）

(3) サービス職員体制及び職務内容

	常勤	非常勤	計
管理者	1名	名	1名
看護師	2名以上	1名以上	3名以上

管理者は、所属職員を指揮・監督し、適切な事業の運営が行われるように統括する。

看護師は、訪問看護計画書及び報告書を作成し、訪問看護を担当する。

3. 事業の目的、運営方針

<事業の目的>

健康保険法その他関係法令及び本契約に従い、利用者様に対して看護のサービスを提供し、居宅において利用者様が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保する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>

利用者様の生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに快適な在宅療養を支援します。事業の実施に当たっては、人員の確保、教育指導に努め、利用者様個々の主体性を尊重し、地域の保健医療、福祉との連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。

4. サービスの内容

- (1) 健康状態のチェック
- (2) 日常生活の看護
- (3) 医療機器の管理
- (4) 人工肛門・人工膀胱の管理
- (5) 医師の指示による医療処置
- (6) 床ずれの予防・処置
- (7) 介護者の相談
- (8) 在宅リハビリテーション
- (9) 終末期の看護病状・障害の観察

5. 利 用 料 金

- (1) 利用料：診療報酬により計算

サービスの名称	サービスの内容	算定回数等	(1割) 円
訪問看護管理療養費 (月の初日の訪問) +訪問看護物価対応料 1		1 回	771 円 +6 円
訪問看護管理療養費 1 (2 日目以降の訪問) +訪問看護物価対応料 1		1 日につき	301 円 +2 円
訪問看護基本療養費Ⅰ (1 日につき)		週 3 日目まで	555 円
		週 4 日目以降	655 円
訪問看護基本療養費Ⅱ (同一日に 2 人まで)	同一建物居住者への 訪問看護	週 3 日まで	555 円
訪問看護基本療養費Ⅱ (同一日に 2 人まで)	同一建物居住者への 訪問看護	週 4 日以降	655 円
訪問看護基本療養費Ⅱ (同一日に 3 人以上)	同一建物居住者への 訪問看護	週 3 日目まで	278 円
訪問看護基本療養費Ⅱ (同一日に 3 人以上)	同一建物居住者への 訪問看護	週 4 日目以降	328 円
訪問看護基本療養費Ⅲ (在宅療養に備えた 入院中の外泊時)		入院中 1 回 (基準告示第 2 の 1 に規する 疾病等は 2 回)	850 円

難病等複数回訪問看護加算		1 日 2 回の場合	450 円
		1 日 3 回以上の 場合	800 円
緊急訪問看護加算	主治医の指示により計画 外訪問を行った場合	1 日につき 月 14 日目まで 月 15 日目以降	265 円 200 円
長時間訪問看護加算	15 歳未満の超重症児又 は準超重症児への 訪問看護	週 1 日	520 円
		週 3 日	520 円
複数名訪問看護加算		週 1 回	450 円
夜間・早朝訪問看護加算	早朝（6:00～8:00）	1 回につき	210 円
	夜間（18:00～22:00）		
深夜訪問看護加算	深夜（22:00～6:00）	1 回につき	420 円
・特別管理加算 Ⅰ （1 月につき）	指導管理を受けている方 への計画的管理	月 1 回	500 円
・特別管理加算 Ⅱ （1 月につき）	指導管理を受けている方 への計画的管理	月 1 回	250 円
24 時間対応体制加算（要契約）	緊急時訪問（要同意）	月 1 回	680 円
退院時共同指導加算	厚生労働大臣が定める疾 病等退院日に訪問看護が 必要と認められた者へ指 導を行った場合	月 1 回	800 円
更に特別管理指導加算	特別管理加算の対象の方	月 1 回	200 円
退院支援指導加算	厚生労働大臣が定める疾 病等退院日に訪問看護が 必要と認められた者へ指 導を行った場合	退院日	600 円
在宅患者連携指導加算 ※ただし特別の関係での算定不 可	訪問診療を行っている 医師・歯科医師・薬剤師 へ指導内容等情報提供し た場合	月 1 回	300 円

在宅患者緊急時等カンファレンス加算	主治医の求めによりカンファレンスを行い指導した場合	月 2 回	200 円
訪問看護ターミナルケア療養費	利用者が亡くなられる前14日以内に2日以上ターミナルケアの実施後死亡日	1 回	2,500 円
訪問看護情報提供療養費		月 1 回	150 円
訪問看護医療D X 情報活用加算	利用者の診療情報を取得した上で訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合	月 1 回	5 円
訪問看護ステーション ベースアップ I		月 1 回	183 円

※利用者負担金はお手持ちの医療保険証に記載された割合（1～3割）です。

公費負担医療証をお持ちの方は一部負担金がある場合もあります。

○その他のサービスの加算料金（保険適応外サービス）

対象となるサービス	サービス対応時間	利用料（税込）
医療行為を必要とする利用者の見守りとご支援	8：00～18：00	30分につき 4,950 円
＊ターミナル期 （1日4回からの訪問） ＊静脈注射・経管栄養剤の施行 （1日4回目からの訪問を含む） ＊対症療法を必要とする方 （主治医の指示に基づく医療行為）	夜間（18：00～22：00）	30分につき 6,160 円
	早朝（ 6:00 ～8:00）	
	深夜（22：00～6：00）	30分につき 7,370 円
外出時の付き添い 施設訪問・医療機関への受診及び外出等	9:30～16：00	30分につき 4,950 円
患者の求めによる訪問	3,300 円（税込）	
ガーゼ寝巻	1,595 円（税込）	
死後の処置料	11,000 円（税込）	
エンゼルメイク（死後の化粧）	659 円（税込）	
エンゼルケアセット（鼻腔・口腔ケアセット）	1,716 円（税込）	

交通費（自動車を利用した場合）	下関市内（豊浦、豊田、豊北、菊川の各圏域、離島を除く）以外は1回につき1,100円（税込）
-----------------	---

（2）キャンセル料金

利用者のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料金をいただく場合があります。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

（連絡先：ビーンズ訪問看護ステーション TEL 083-241-1199（内線3553））

① ご利用日の前営業日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用日の前営業日の17時までにご連絡がなかった場合	予定訪問の実費相当分

（3）料金の支払方法

①毎月末締めとし、翌月はじめに請求書をお渡しいたします。病院支払い窓口か銀行振込（山口銀行）でお支払いください。

②難病法に基づく医療費助成制度を受けられている方、自己負担額計算のため、当月の最終訪問日に自己負担上限額管理票をご提示ください、写真かコピーをとらせて頂きます。

6 サービスの利用方法

（1）サービスの利用開始

まずはお電話などでご相談ください。重要事項説明後に訪問看護計画を作成しサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

（2）サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

利用者がサービス提供地域外に転居し、それによりサービスの提供継続が困難と見込まれる場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

③自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・利用者が介護保険施設に入所又は医療施設に入院した場合
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合
- ・利用者が死亡した場合
- ・サービスを休止して3ヶ月以上経過した場合

④ その他

・入院・入所等により1ヶ月以上の利用を休止された場合、利用再開については当ステーションの状況により、希望される時間や曜日に対応できない場合があります。その際は、

利用者に他の利用可能な時間や曜日を提示し、あらためて調整させていただきます。

・当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で中止を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

・サービスの提供を中止する場合

(1) 利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず1ヶ月以内に支払わない場合

(2) 利用者やご家族の方などが、当ステーションや当ステーションの従事者に対してサービスを継続し難いほどの背信行為を行った場合

(3) 他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合（速やかに当ステーションに申告して下さい。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。）

(4) 雪や台風による天候不良時には、利用者の了解を得た上で、訪問時間や訪問日の変更をする場合

・保険証等について、初回利用時、毎月1回、保険証等の変更時に確認及び複写をさせていただきます。

・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・ご了承ください。

従事者は、年金の管理、金銭の取り扱い等はいたしません。

従事者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。

7 事故発生時の対応

(1) 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、速やかに必要な措置を講じるとともに、利用者または利用者の家族に対して損害を賠償します。ただし、当該損害について当ステーションの責任を問えない場合はこの限りではありません。

8 相談・苦情の申し出等

サービスに関する相談や苦情等については、当ステーションのほか、公的機関でも申出ができます。

〈当ステーション〉

・事業所 相談窓口 担当者 管理者 岡田 寛子
電 話 083-241-1199
FAX 083-241-1362

受付時間 午前8時30分から午後5時15分
(土日祝日、年末年始を除く)

〈公的機関〉

- ・ 下関市福祉部介護保険課事業者係 083-231-1371

住 所 下関市南部町1-1 本庁舎西棟2階A3窓口

電 話 083-231-1371

FAX 083-231-2743

受付時間 午前8時30分から午後5時15分

(土日祝日、年末年始を除く)

- ・ 山口県国民健康保険団体連合会

住所 山口市朝田1980-7 国保会館

電話 083-995-1010

FAX 083-934-3665

受付時間 午前9時00分から午後5時00分

(土日祝日、年末年始を除く)

9 虐待の防止について

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	管理者 岡田 寛子
-------------	-----------

- (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) 介護相談員を受け入れます。

- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等、高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。

10 守 秘 義 務

- (1) 事業者及び事業者の従事者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。
- (2) 事業者は、事業者の従事者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。
- (3) 事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の訪問看護計画立案のた

めのサービス担当者会議並びに主治医等との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

- (4) (1)にかかわらず、事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 17 年法律 124 号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

1 1 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		
連絡方法		

訪問看護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行い、重要事項説明書を交付しました。

訪問看護ステーション 関門医療センター ビーンズ訪問看護ステーション

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて診療報酬改定に伴う訪問看護料変更の説明を受け、訪問看護サービスの提供に同意し利用料金説明書を受領しました。

令和 年 月 日

利用者氏名 _____ 印

署名代行事由：

署名代行者氏名 _____ 印（続柄）