

【指定訪問看護】

医療保険重要事項説明書

指定訪問看護事業所
農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
訪問看護ステーションあおぞら
介護保険指定事業所番号
2261390039
医療保険指定事業所番号
13, 9003, 9

目次

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1 事業者の概要 | 7 サービスの利用方法 |
| 2 事業所の職員の概要 | 8 サービスの内容 |
| 3 サービスの提供時間 | 9 緊急時の対応方法 |
| 4 指定訪問看護の運営方針 | 10 苦情処理 |
| 5 理学療法士等の訪問看護の適正化 | 11 事故発生時の対応について |
| 6 利用料金 | 12 非常災害時の対応 |
| | 13 虐待防止のための措置 |

添付 契約書
別紙 1～5

重要事項説明書(指定訪問看護)

当事業者が提供する指定訪問看護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
主たる事務所の所在地	伊豆市冷川1523-108
電話番号	0558-83-2111
法人の代表者の職・氏名	理事長 野中 康

事業所の名称	農協共済中伊豆リハビリテーションセンター 訪問看護ステーションあおぞら
事業所の所在地	駿東郡長泉町下土狩1293-1 JAふじ伊豆 下土狩ビル 3階
事業所の電話番号	055-986-8046
介護保険事業所番号	2261390039
指定年月日	平成12年4月1日
交通の便	JR御殿場線 下土狩駅下車 徒歩2分 JR下土狩駅前 JAふじ伊豆下土狩ビル3階
通常の事業の実施地域	長泉町、沼津市、三島市、裾野市、清水町

2 事業所の職員の概要

職 種	資 格	員 数	勤務の体制
管理者(兼看護師)	看 護 師	1 人	常勤 1人
保健師		0 人	常勤 0人 非常勤0人
看護師		9 人	常勤 8人 非常勤1人
准看護師		0 人	常勤 0人 非常勤0人
理学療法士		1 人	常勤 1人 非常勤0人
作業療法士		2 人	常勤 2人 非常勤0人
言語聴覚士		1 人	常勤 0人 非常勤1人
事務職		1 人	常勤 1人 非常勤0人

3 サービスの提供時間

営業日	月曜日～金曜日 8:25 ~ 17:10
営業をしない日	土曜日・日曜日・祝祭日、12月29日より1月3日までの間
※緊急の場合	緊急の場合は、24時間いつでも受付いたします。

4 指定訪問看護の運営方針

訪問看護を提供することにより、家庭における療養生活を支援し、その心身機能の維持回復を目指し、生活状況の向上に努めます。また、事業の運営に当たっては、市町村のサービス調整チーム、在宅介護支援センター等を活用し、市町村及び他の保健、医療又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供を図ります。

5 理学療法士等の訪問看護の適正化

理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が訪問看護を提供している利用者について、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員(准看護師を除く)と理学療法士等が連携し作成することといたします。

また、訪問看護計画書及び、訪問看護報告書の作成にあたっては、訪問看護の利用開始時、及び利用者の状態の変化等に合わせ定期的な看護職員による訪問が必要になります。

6 利用料金

(1)当事業者の指定訪問看護の提供に際し、あなたが負担する利用料金は、原則として利用されておられる医療保険の個人負担割合です。ただし、医療保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては、全額自己負担となります。

(2)交通費

当事業者の通常の事業の実施地域にお住まいの方は、**交通費を300円ご負担**いただきます。これら以外の地域にお住まいの方は、指定訪問看護従業者があなたを訪問するための交通費、一律500円を支払っていただきます。

(3)その他の費用

指定訪問看護を提供するための、あなたのお宅で使用する水道、ガス、電気等の費用は、あなたの負担となります。

(4)料金の支払方法

あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに、前月分ご利用いただいたサービス利用料金の請求をしますので、20日までにお支払いください。口座振替の場合、振替日は毎月27日です。支払方法は、銀行振込、口座自動引落とし、現金集金の中からご契約の際に選んでください。

(5)キャンセル料

あなたのご都合により当日の指定訪問看護をキャンセルした場合には、下記の料金をいただきます。キャンセルする場合は、至急当事業者に連絡してください。

ご利用日の24時間前までにご連絡いただいた場合	無 料
ご利用日の12時間前までにご連絡いただいた場合	基本料金の25%
ご利用日の12時間前までにご連絡がなかった場合	基本料金の50%

(6)その他

あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載)があるときは、費用の全額を支払っていただきます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を、後日、____の窓口へ提出して差額の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1)利用開始

- 当事業者に電話でお申込みください。当事業者の担当職員があなたのお宅に伺い、当事業者の指定訪問看護の内容等についてご説明します。
- この説明書によりあなたからの同意を得た後、当事業者の看護師が訪問看護計画書を作成し、サービスの提供を開始します。
- あなたが居宅サービス計画(ケアプラン)の作成を依頼している場合は、事前に居宅介護支援事業者にご相談ください。

(2)サービスの終了

- あなた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7日前までに文書で申し出てください。
- 当事業者の都合でサービスを終了する場合
人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合があります。この場合は、サービス終了日の1ヶ月前までに、文書によりあなたに通知します。
- 自動終了
次の場合は、サービスは自動的に終了となります。
あなたが病院に入院及び介護保険施設に入所した場合
あなたが死亡した場合
連続して3カ月以上訪問看護のご利用がない場合
- その他
ア 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合、あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合又は当事業者が破産した場合は、あなたは文書で通知することにより直ちにこの契約を終了することができます。
イ あなたがサービスの利用料金を2ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもかかわらず支払われない時、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの背信行為(職員に対する故意による暴言・暴力行為等並びにセクハラ行為等)を行った場合は、文書であなたに通知することにより、直ちにこのサービスを終了させていただく場合があります。
ウ サービスの利用により、ケアプランに位置付けられた訪問看護の目標が達成された場合には、あなたの同意のうえで終了させていただく場合があります。

8 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは、以下のとおりです。

ご利用日 訪問看護
リハビリ

訪問内容

・一般状態の把握 ・24時間緊急時対応 ・特別管理()
・内服管理 ・メンタルサポート ・入浴介助 ・医療連携
・関節可動域運動 ・筋力増強運動 ・歩行練習 ・基本動作練習
・住環境確認 ・福祉用具の検討 ・精神賦活 ・

- サービスの提供は懇切丁寧に行い、サービスの提供方法等について、あなたに分かりやすいように説明します。
- 指定訪問看護を行うにあたっては、主治医の文書による指示に従います。
- あなたを担当する指定訪問看護従業者は、◎ 看護師 です。
職員は常に身分証明書を携行しているので、必要な場合は提示をお求めください。
- あなたはいつでも担当の指定訪問看護従業者の変更を申し出ることができます。

(これを拒む正当な理由がない限り、事業者は変更の申し出に応じます。)

- 当事業者は、あなたの担当の指定訪問看護従業者が退職する等正当な理由がある場合に限り、担当の指定訪問看護従業者を変更することができます。

9 緊急時の対応方法

指定訪問看護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	続柄
	連絡先	

10 苦情処理

苦情に対する常設の窓口を、苦情相談窓口として相談担当者を設置し開設しております。また、担当者が不在の時は、基本的な事項については職員誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぎ、苦情に対する早期の改善、是正措置を講ずるよう配慮しております。

あなたは、当事業者の指定訪問看護の提供について、いつでも苦情を申し立てることができます。あなたは、当事業者に苦情を申し立てたことにより、何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当 ① 松原 久美 (まつばら くみ)

担当 ② 内田 幸栄 (うちだ さちえ)

電話番号 055-986-8046(8:30~17:10)

地域連携推進部担当者

農協共済中伊豆リハビリテーションセンター

地域連携推進部 宮島 嘉津雄

連絡先 0558-83-2111(8:25~17:10)

- この他に、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てることができます。

沼津市	担当窓口 長寿福祉課
	電話番号 055-934-4873
三島市	担当窓口 介護保険課
	電話番号 055-983-2607
裾野市	担当窓口 介護保険課
	電話番号 055-995-1821
清水町	担当窓口 福祉介護課
	電話番号 055-981-8213
長泉町	担当窓口 長寿介護課
	電話番号 055-989-5511
国民健康保険団体連合会	担当窓口 介護保険課(静岡市春日 2-4-34 国保連合会内)
	電話番号 054-253-5590 (8:30~17:00)

11 事故発生時の対応について

- 身体的に事故が生じた場合、主治医への連絡と救急対応を確認、若しくは実施し、利用家族や各サービス事業者及び市町担当者へ連絡するとともに、必要な場合は訪問し所要の調整を行います。
- 損害賠償等については、事業者の責任により生じた損害については、速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、ご利用者様に故意または過失が認められる場合には、ご利用者様の置かれている心身の状況を配慮して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償責任を減ずる場合があります。

12 非常災害時の対応

- あなたの居住地域および、当事業所の所在地において訪問看護を提供できない何らかの災害が発生した場合、急遽訪問看護の提供を取りやめる場合や、営業を一時中止する場合がございます。その場合、連絡手段が確保され周囲の安全が確保でき次第連絡いたします。
- 非常災害や感染症発生等により、一時的に当事業所における訪問看護サービスの提供ができない場合があります。当事業所を一時的に閉鎖等しなければならない場合、あなたの希望や同意により、訪問看護の一部もしくはすべてを連携体制にある他の訪問看護ステーション等に代行を依頼することがあります。(別紙3参照)

13 虐待防止のための措置

- 事業者は利用者の尊厳を守るという基本的な考えのもと、虐待は決して行いません
身体拘束も緊急やむを得ない場合を除き行いません
事業者は利用者の人格を尊重する視点に立ってサービスに努め、また虐待の防止に必要な措置を講じるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、ただちに防止策を講じ市町村へ報告します
- 事業者は虐待防止のための指針を整備するとともに、利用者の権利擁護、サービスの適正化に向けた定期的な職員研修等を実施するものとします
- 事業者は前項の措置を適切に実施するために虐待防止委員会を設置し、虐待防止責任者・担当者を配置します
虐待相談に関する責任者・担当者は下記の通りです
虐待相談窓口 責任者 ① 松原 久美 (まつばら くみ)
担当者 ② 竹内 さやか (たけうち さやか)
電話番号 055-986-8046(8:30~17:10)
- 事業者が身体拘束を緊急やむを得ず実施する場合は、次の3つの要件を満たした時とし、実施した場合はすみやかに身体拘束を解除できるように努めるとともに適切に記録します
①切迫性:利用者本人またはほかの生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い
②非代替性:身体拘束その他の行動制限に他に代わる対応方法がない
③一時性:身体拘束その他の行動制限が一時的なものである

(事業者)

指定訪問看護の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

また、個人情報の取扱い、当事業所が一時閉鎖になった場合の取扱い、訪問看護の利用料・加算・保険外サービスの内容等の説明を行いました。

所在地 駿東郡長泉町下土狩1293-1 JA ふじ伊豆下土狩ビル 3F

名称 農協共済中伊豆リハビリテーションセンター
訪問看護ステーションあおぞら

説明者 松原 久美 印

(利用者)

この説明書により、指定訪問看護に関する重要事項の説明を受け同意します。

※個人情報の取扱いについて説明を受けました。(別紙1 個人情報利用説明書)

ご本人の情報利用について (同意する ・ 同意しない)

ご家族の情報利用について (同意する ・ 同意しない)

※オンライン資格確認について説明を受けました。

(別紙 2マイナンバーを用いたオンライン資格確認について)

オンライン資格確認による個人情報の取扱いについて(同意する ・ 同意しない)

※感染症や災害等で当事業所が一時閉鎖になった場合について説明を受けました。

(別紙3 訪問看護ステーションあおぞらが一時閉鎖になった場合の体制について)

感染症や災害時等、他事業所からの一時的な支援について

(希望する ・ 希望しない)

希望する場合は、他事業所からの支援時の個人情報の取扱いについて

(同意する ・ 同意しない)

※訪問看護の料金体制・加算や保険外サービスについて説明をうけたので同意します。

(別紙4 医療保険料金表 ・ 別紙5 訪問看護医療DX情報活用加算)

令和 年 月 日

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____

印 _____

(家族・代理人)

住 所 _____

氏 名 _____

印 続柄 _____