

訪問看護重要事項説明書

1. 当ステーション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：訪問看護ステーション こはる

TEL：088-676-2025 FAX：088-676-2026

担当 管理者 玉垣 公司

※ご不明な点につきましては、何でもお尋ねください。

2. 概要：医療法人 敬愛会 訪問看護ステーション こはる

(1) サービス提供地域

訪問看護ステーション名	訪問看護ステーション こはる
所在地	徳島県鳴門市撫養町南浜字東浜 558 鳴門メンタルクリニック ココロカル 1F
サービス提供地域	鳴門市、徳島市、板野町、松茂町、北島町 藍住町、兵庫県南淡町の区域とする。

(2) 営業時間

月曜～土曜	午前 9：00 ～ 午後 5：00
-------	-------------------

※日曜、年末年始は（12/31～1/3）、休日となっております。

(3) サービス職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1名		1名
看護師	3名以上		3名以上
精神保健福祉士	1名		1名

3. 事業の目的、運営方針

<事業の目的>

利用者様の地域での暮らしを支援し、心に寄り添ったサービスを提供させていただく。その人の「送りたい」生活を見出せるツールとなれるように関わらせていただく事を目的とする。

<運営方針>

利用者様の心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。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、地域の精神保健医療、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. 訪問看護計画書

- (1) 事業者は、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて、「訪問看護計画」を作成します。事業者はこの「訪問看護計画」を作成した場合は、利用者に説明致します。
- (2) 事業者は、利用者がサービスの内容や提供方法等の変更を希望する場合は速やかに「訪問看護計画」の変更等の対応を行います。

5. サービス内容

- (1) 疾患のコントロールに向けた支援（精神・身体症状の観察・把握、疾病教育、生活状況の把握、服薬状況の確認、クライシスサインの共有、いざというとき入院を勧められる関係づくり、休息入院を受け入れる病院や施設との連携など）
- (2) 日常生活の援助（食事：食事摂取量の把握、栄養バランス指導など、排泄：便秘、下痢への対処など、清潔：身だしなみ、更衣、入浴、洗濯、掃除、ゴミ処理など、余暇の過ごし方：趣味、娯楽の共有など、睡眠：睡眠習慣、睡眠状況の把握など、金銭管理：光熱費の振込、生活保護や障害年金の受け取り、手続きなど、人付き合い：家族、近隣住人、友人、異性との付き合いへの助言など）
- (3) 社会生活の維持・社会参加への支援（日中の過ごし方：デイケアや作業所への通所状況の把握、就労及び所得：就労に対する情報提供や助言、生活保護や障害年金の申請手続きなど、社会資源に関する情報提供：ケアマネジメントの導入、ケアネットワークづくり：他機関との連携）
- (4) その他（家族の相談と支援など）

6. 利用料金

- (1) 利用料：診療報酬により計算

診療内容	算定回数等	診療点数
訪問看護管理療養費（月の初日の訪問）	1回	7710円
訪問看護管理療養費（月の2日目以降の訪問）	1日につき	3010円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	週3日まで30分以上	5550円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）	週3日まで30分未満	4250円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）	同一日に2人 週3日まで30分以上	5550円

精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）	同一日に2人 週3日まで30分未満	4250円
精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）	同一日に3人以上 週3日まで30分以上	2780円

加算部分（精神科訪問看護）

複数名精神科訪問看護 （30分未満を除く）	1日に1回の場合	3000円 ～4500円
--------------------------	----------	-----------------

新設部分

ベースアップ評価料Ⅰ（月の初日の訪問）	月1回	1830円
訪問看護医療DX情報活用加算	月1回	50円
訪問看護物価対応料1（月の初日の訪問）	月1回	60円
訪問看護物価対応料1（月の2日目以降の訪問）	1日につき	20円

利用料金につきまして不明な点等ございましたらいつでも問い合わせください。

(2) キャンセル料金

利用者様のご都合などでサービスを中止する場合において、キャンセル料金などの請求はいたしません。無料となっています。

(3) 交通費

サービス提供地域における交通費などの請求はいたしません。無料となっています。

(4) 料金の支払い方法

- ①毎月末締めとし、翌月以降に当月分の料金を請求いたします。
- ②自立支援受給者証を所持されている利用者様におきましては、自己負担額計算のため当月の訪問最終日にご提示願う場合がございます。

7. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護開始には主治医の指示書が必要になります。そのためかかりつけ医へまずはお相談下さい。その後、重要事項をご説明させていただきサービス提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ①利用者様のご都合でサービスを終了する場合
- ②当ステーションの都合でサービスを終了する場合
利用者様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など。

③自動終了

- ・利用者様が介護保険施設や医療施設に入所または入院した場合（3カ月以上）。
- ・サービスを休止して3カ月以上経過した場合。
- ・利用者様が亡くなられた場合。

④その他

- ・入院、入所等により1カ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、利用者様に他の利用可能な時間や曜日を提示し、あらためて調整を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、利用者様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、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) 利用者様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) 利用者様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サービス職員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は、即座にサービスを終了させていただきます。
 - (3) 他の利用者様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・地震によりサービスの提供が不可能と判断されたときは、利用者様の了解を得た上で訪問時間や訪問日の変更をお願いする場合があります
- ・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。

看護師等は、年金の管理、金銭の取り扱い等はいたしません。

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、移動支援・買い物支援などのサービスも行っておりません。

8. 事故発生時の対応

- (1) 利用者様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、利用者様または利用者様の家族に対して損害を賠償します（日本精神科病院協会 訪問看護補償保険に加入しております）。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。

9. 守秘義務

- (1) 事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者様又は利用者様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、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者様又は利用者様の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないように必要な処置を講じます。
- (3) 事業者は、利用者様及び利用者様の家族の個人情報について、利用者様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

10. 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、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	氏名	
	連絡先、基準	
ご家族	氏名	
	連絡先	

11. 複数名での訪問看護利用の同意について

複数名訪問が必要と記載されている場合、主治医が作成する訪問看護指示書において、複数名での訪問が“必要有”と記載されている方については、可能な限り複数名での訪問とさせていただきます。

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ました。

訪問看護ステーション 医療法人 敬愛会 訪問看護ステーションこはる

事業者 医療法人 敬愛会 理事長 川端 正志 印
TEL 088-687-0311

説明者 氏名 印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受け、訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

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