

# 筑後市立病院 訪問サービス 重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている訪問サービスについて、知っておいていただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

## 1 指定訪問サービスを提供する事業者について

### (1)事業所の所在地等

|         |                  |
|---------|------------------|
| 事業者名称   | 地方独立行政法人 筑後市立病院  |
| 代表者名    | 理事長 高森 信三        |
| 所在地     | 福岡県筑後市大字和泉917番地1 |
| 電話番号    | 0942-53-7511     |
| 法人設立年月日 | 平成23年4月1日        |

### (2)事業の目的及び運営の方針

|       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 訪問サービスが必要な方々に対し、心身の機能の維持回復を目指すとともに、可能な限り居宅においてその能力に応じ自立した生活を営む事ができるよう適切な訪問サービスを提供する事を目的とします。                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 運営の方針 | ① 利用者の要介護状態の軽減を図るとともに、その状態の悪化防止や要介護状態となる事の予防に資するよう、生活上の目的を設定し、計画的に行うものとします。<br>② 自らその提供する訪問サービスの質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。<br>③ 訪問サービスの提供に当たっては、主治医や介護支援専門員、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスと綿密な連携を図り、利用者の心身機能の維持回復ができるよう、総合的なサービスの提供に努めます。<br>④ 訪問サービスの提供に当たっては、常に利用者の病状、心身の状態及びその置かれている環境などの確な把握に努め、親切丁寧に行うことを旨とし、利用者またはその家族に対し、療養上の必要な事項について、適切な助言または説明を行います。 |

### (3)サービス提供可能な日と時間帯

|          |                                 |
|----------|---------------------------------|
| サービス提供日  | 月曜日から金曜日<br>※緊急の場合は担当までご連絡ください。 |
| サービス提供時間 | 9時00分から17時00分まで                 |

## 2 提供するサービスの内容及び費用について

### (1)提供するサービスの内容について

| サービス区分と種類 | サービスの内容                            |
|-----------|------------------------------------|
| 訪問サービスの提供 | 医師の指示または訪問サービス計画に基づき、訪問サービスを提供します。 |

(2) 訪問サービス担当者の禁止行為

訪問サービス担当者はサービスの提供にあたって、次の行為は行いません。

- ①利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ②利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③利用者の同居家族に対するサービス提供
- ④利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤利用者への処方薬の配達
- ⑥身体拘束その他利用者の行動を制限する行為  
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護する為緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑦その他利用者又は家族に対しての宗教活動、政治活動、営利活動、迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額について

●医療保険によるもの(1割負担の場合)

| 項目名                                 | 備考                                                | 点数     | 負担金    |
|-------------------------------------|---------------------------------------------------|--------|--------|
| 訪問看護(在宅患者訪問看護・指導料)                  | 1日1回(週3日目まで)                                      | 580点   | 580円   |
|                                     | 1日1回(週4日目以降)                                      | 680点   | 680円   |
| 訪問看護(緩和・褥瘡ケア専門看護師による在宅患者訪問看護・指導料)   | 1月1回                                              | 1,285点 | 1,285円 |
| 1日複数回実施時の加算<br>(難病等複数回訪問加算)         | 1日に2回実施した場合                                       | 450点   | 450円   |
|                                     | 1日に3回以上実施した場合                                     | 800点   | 800円   |
| 長時間訪問看護・指導加算                        | 週1回のみ(90分以上になるもの)                                 | 520点   | 520円   |
| 複数名訪問看護・指導加算                        | 週1回のみ(2名以上で行うもの)                                  | 450点   | 450円   |
| 夜間・早朝訪問看護加算                         | 18:00～22:00、6:00～8:00                             | 210点   | 210円   |
| 深夜訪問看護加算                            | 22:00～6:00                                        | 420点   | 420円   |
| 在宅ターミナルケア加算                         |                                                   | 2,500点 | 2,500円 |
| 在宅患者訪問診療料                           | 計画的に訪問診療した場合                                      | 888点   | 888円   |
| 往診料                                 | 医師が往診した場合                                         | 720点   | 720円   |
| 緊急往診加算                              | 平日…8:30～17:00<br>土曜…8:30～12:15                    | 325点   | 325円   |
| 夜間・休日往診加算                           | 18:00～22:00、6:00～8:00<br>日曜祝日、1/2～1/3、12/29～12/31 | 650点   | 650円   |
| 深夜往診加算                              | 22:00～6:00                                        | 1,300点 | 1,300円 |
| 訪問リハビリテーション<br>(在宅訪問リハビリテーション指導管理料) | 1単位(20分)                                          | 300点   | 300円   |
| 専門管理加算(褥瘡ケア・人工肛門ケア及び人工膀胱ケア)         | 1月1回                                              | 250点   | 250円   |
| 在宅患者訪問栄養食事指導料1                      | 月2回まで                                             | 530点   | 530円   |

※2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の負担金となります。(西暦2024年6月現在)

●介護保険によるもの(1割負担の場合)

|                                |                               |        |       |
|--------------------------------|-------------------------------|--------|-------|
| 訪問看護                           | 30分未満                         | 399単位  | 399円  |
|                                | 30分以上1時間未満                    | 574単位  | 574円  |
|                                | 1時間以上1時間30分未満                 | 844単位  | 844円  |
| 介護予防訪問看護                       | 30分未満                         | 382単位  | 382円  |
|                                | 30分以上1時間未満                    | 553単位  | 553円  |
|                                | 1時間以上1時間30分未満                 | 814単位  | 814円  |
| 訪問看護初回加算                       | 初回もしくは最後の訪問看護から2か月経過した際       | 退院日    | 350単位 |
|                                |                               | 退院翌日以降 | 300単位 |
| 訪問リハビリテーション                    | 1単位(20分)                      | 308単位  | 308円  |
| 介護予防訪問リハビリテーション                | 1単位(20分)                      | 298単位  | 298円  |
| (介護予防)短期集中リハビリテーション実施加算        | 1日につき(概ね週2日以上、かつ1日20分以上実施の場合) | 200単位  | 200円  |
| (介護予防)サービス提供体制強化加算             | 1回につき                         | 6単位    | 6円    |
| (介護予防)居宅療養管理指導費<br>管理栄養士による指導費 | 月2回まで<br>(1回につき30分以上)         | 537単位  | 537円  |

※2割負担の方は2倍、3割負担の方は3倍の負担金となります。

(西暦2024年6月現在)

### 3 その他の費用について

|         |                                                                                             |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①交通費    | 訪問サービスにおいて、サービス提供者が利用者に交通費・キャンセル料を請求できる事になっていますが、当院では現在いただいていません。<br>(ただし、予告なく変更される事があります。) |
| ②キャンセル料 |                                                                                             |

### 4 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払い方法について

|            |                                                                                                                                                             |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①医療保険利用の場合 | ・利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供毎に計算し、利用月毎の合計金額により請求いたします。<br>・外来受診の際に窓口にてお支払い下さい。                                                                                  |
| ②介護保険利用の場合 | ・利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供毎に計算し、利用月毎の合計金額により、利用月の翌月10日までに利用者あてに郵送します。<br>・内容をご確認の上、窓口にてお支払い、もしくは当院指定口座へお振込みください。(振込手数料利用者負担)<br>※お振り込みの場合、振込者名義は、利用者名でお願いします。 |

### 5 サービス提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、健康保険証や介護保険被保険者証に記載された内容(被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間)を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに訪問担当者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。
- (3) 実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

## 6 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>① 当院は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 当院及び当院の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>④ 当院は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持します。</p> |
| ②個人情報の保護について            | <p>① 当院は、利用者又はその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>② 当院が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>                                                                                   |
| ③個人情報の提供について            | <p>保険請求又はサービス担当者会議等において、利用者または利用者の家族の個人情報を用いる場合があります。</p> <p>利用者の状況を共有し、適切なサービスを提供するために必要となりますので、個人情報を用いる事に関して同意をお願いします。</p>                                                                                                                                                                                                                       |

## 7 身分証携行義務

訪問サービス担当者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

## 8 心身の状況の把握

訪問サービスの提供にあたっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

9 サービス提供の記録

- (1) 訪問サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、及び内容等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受け、情報の提供を行います。
- (2) 訪問サービスの実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととします。
- (3) 利用者は当院に対して、保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。(ただし、手続き・手数料が必要です。)

10 衛生管理等

- (1) 担当職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

11 訪問サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

(1) 提供予定の訪問サービスの内容と利用料、利用者負担額

| 曜日                    | 訪問時間帯 | サービス内容 | 利用料<br>(単位・点数) | 利用者<br>負担額 |
|-----------------------|-------|--------|----------------|------------|
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
|                       |       |        | 点              | 円          |
| 1週当りの利用料、利用者負担額の合計見積額 |       |        | 点              | 円          |

(2) 1か月当りのお支払い額の目安

|          |   |
|----------|---|
| お支払い額の目安 | 円 |
|----------|---|

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

## 12 サービス提供に関する相談、苦情、スタッフ変更のご希望について

- (1) 提供した訪問サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 上記を含め、利用者のご事情により、担当する訪問スタッフの変更を希望される場合は、併せてご相談ください。
- (3) 当院相談窓口連絡先

|             |                                                                        |
|-------------|------------------------------------------------------------------------|
| 訪問看護        | 相談担当者 外来師長<br>連絡先電話番号 0942-53-7511(内線723)<br>受付日及び受付時間 月～金 8:15～17:00  |
| 訪問リハビリテーション | 相談担当者 訪問診療部<br>連絡先電話番号 0942-53-7511(内線411)<br>受付日及び受付時間 月～金 8:15～17:00 |

- (4) その他相談窓口連絡先

|             |                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------|
| 国民健康保険団体連合会 | 福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口<br>☎0944-75-6301            |
| 市町村(保険者)    | お住まいの市町村の介護保険課にお問い合わせください。                         |
|             | 筑後市 … 高齢者支援課 ☎ 0942-53-4115                        |
|             | 八女市 … 介護長寿課 介護保険係 ☎ 0943-23-1353                   |
|             | みやま市 … 介護支援課 ☎ 0944-64-1555                        |
|             | 大木町 … 福祉課 福祉係 ☎ 0944-32-1060                       |
|             | 柳川市 … 福祉課 高齢者福祉係 ☎ 0944-77-8516                    |
|             | 広川町 … 福祉課 高齢者支援係 ☎ 0943-32-1113                    |
|             | 久留米市 … 介護保険課 ☎ 0942-30-9205                        |
|             | ※その他の市町村は、担当者にお問い合わせください。                          |
| 福岡県介護保険広域連合 | 柳川市・大木町・広川町にお住まいの方は、下記でも受付しています。<br>☎0942-642-7859 |

## 13 緊急時(事故発生、急変等)の対応

サービス提供中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたとき、または事故が発生したときは、速やかに主治医に連絡し適切な措置を講じます。

管理者の指示に従って連絡を行う連絡先

- ・ 利用者家族
- ・ 居宅介護支援事業者
- ・ 市町村(保険者) など

## 14 第三者評価

県及び国からの指導を定期的に受けています。

## 15 重要事項説明の年月日

|              |                         |
|--------------|-------------------------|
| この重要事項の説明年月日 | 西暦      年      月      日 |
|--------------|-------------------------|

重要事項について、利用者に説明を行いました。

|     |            |      |                  |
|-----|------------|------|------------------|
| 事業者 | 所在地        |      | 福岡県筑後市大字和泉917番地1 |
|     | 法人名        |      | 地方独立行政法人 筑後市立病院  |
|     | 代表者名       |      | 理事長 高森 信三        |
|     | 訪問<br>看護   | 担当部署 | 筑後市立病院 看護部 外来    |
|     |            | 説明者  |                  |
|     | 訪問<br>リハビリ | 担当部署 | 筑後市立病院 訪問診療部     |
|     |            | 説明者  |                  |

## ● 利用者本人欄

重要事項について事業者から説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|     |     |  |
|-----|-----|--|
| 利用者 | 住 所 |  |
|     | 氏 名 |  |

※患者本人から同意を得られない場合、または同意を得られるが自筆ができない場合は、代理人が利用者名を記載し、代理人の署名も記載してください。

|     |     |  |
|-----|-----|--|
| 代理人 | 住 所 |  |
|     | 氏 名 |  |

## ● 利用者家族欄

重要事項について事業者から説明を受け、内容について同意します。

|            |     |  |
|------------|-----|--|
| 利用者<br>家 族 | 住 所 |  |
|            | 氏 名 |  |

## 筑後市立病院 訪問サービス 重要事項説明書

## 15 重要事項説明の年月日

|              |    |   |   |   |
|--------------|----|---|---|---|
| この重要事項の説明年月日 | 西暦 | 年 | 月 | 日 |
|--------------|----|---|---|---|

重要事項について、利用者に説明を行いました。

|     |        |      |                  |
|-----|--------|------|------------------|
| 事業者 | 所在地    |      | 福岡県筑後市大字和泉917番地1 |
|     | 法人名    |      | 地方独立行政法人 筑後市立病院  |
|     | 代表者名   |      | 理事長 高森 信三        |
|     | 訪問看護   | 担当部署 | 筑後市立病院 看護部 外来    |
|     |        | 説明者  |                  |
|     | 訪問リハビリ | 担当部署 | 筑後市立病院 訪問診療部     |
|     |        | 説明者  |                  |

## ● 利用者本人欄

重要事項について事業者から説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 利用者 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

※患者本人から同意を得られない場合、または同意を得られるが自筆ができない場合は、代理人が利用者名を記載し、代理人の署名も記載してください。

|     |    |  |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 |  |
|     | 氏名 |  |

## ● 利用者家族欄

重要事項について事業者から説明を受け、内容について同意します。

|       |    |  |
|-------|----|--|
| 利用者家族 | 住所 |  |
|       | 氏名 |  |