

指定訪問看護・訪問看護重要事項説明書

当病院の訪問看護サービスの提供にあたり、厚生労働省令第37号に基づいて次のとおり説明致します。

1. 事業所の概要

事業所の名称	大樹町国民健康保険病院
所在地	大樹町暁町6番地2
代表者名	大樹町長 黒川 豊
電話番号	01558-6-3111
サービスの種類	訪問看護
介護保険指定番号	0114711559
サービス提供地域	原則として大樹町内

2. 事業所の目的と運営方針

利用者の要介護状態の軽減もしくは、悪化防止のため、主治医の指示のもとに家庭で安心して療養生活を継続できるよう、当病院の看護師等が利用者の自宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行います。

また、他サービス機関との連携を図りながら利用者とその家族を支援します。

3. 職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1		従事者及び業務の管理	1
従事者	1		訪問看護の計画・実施	1

4. 営業時間

営業日	平 日
営業時間	8 : 30 ~ 17 : 15

注) 土曜、日曜、祝日は原則として休日となります。
年末・年始（12/29～1/3）についても休日の扱いとなります。

5. 訪問看護の内容

①病気の状態観察と処置	⑤排泄の介助指導
②からだの清潔保持	⑥療養上の医療機器の管理
③体位変換	⑦機能回復訓練
④食事の介助指導	⑧家族への介護指導・相談等

6. 利用料
別紙の通りです。

7. 訪問看護の利用方法と終了について

(1) サービス利用開始

訪問看護を希望される方は、当院保健係（連絡先 電話01558-6-3111 内線170）へご連絡ください。担当職員が自宅に事前説明に伺い、利用者のご家族の希望を伺って訪問看護の計画をいたします。
また、必要な関係機関への連絡をいたします。

(2) サービスの終了について

①サービスを終了したい場合は1週間前までにご連絡ください。

②次の場合は、即座に終了いたします。

- ・施設、病院に入所（院）したとき。
- ・お亡くなりになった場合。

③その他

- ・人員不足等こちら側の理由でサービス提供を終了させていただく場合は1ヶ月前にお知らせするとともに、引き続きサービス提供を受けられる機関を紹介できるよう努力いたします。
- ・利用料金のお支払いを2ヶ月以上遅延し催促にも関わらず支払われない場合、または利用者・ご家族が当事業所のサービス従事者に対してサービスを継続し難いほどの社会通念を逸脱する行為を行った場合は、即座にサービスを終了します。

8. 緊急時の対応方法

利用者の病状急変や時間外の電話相談に対応しますので、利用者のお名前と主治医名を伝えて下さい。利用者の主治医または協力機関（当病院医師）への連絡を行い、医師の指示に従います。

連 絡 先				
* 平日の時間内（8：30 ～ 17：15）	内科外来	電話01558-6-3111	内線120	
* 平日の時間外・土曜・日曜・祝祭日	病 棟	電話01558-6-3111	内線202	

9. 訪問看護サービス提供上知り得た利用者やその家族のプライバシーは守ります。

10. サービス内容に関する苦情窓口

サービス内容に関する苦情窓口については、速やかに適切に対処しますので、
こころおきなくご相談ください。

大樹町立病院	ご利用時間 ご利用方法 面接 担当者	平日 8 : 30 ~ 17 : 15 電話 01558-6-3111 場所 病院内 看護総師長 木田 朱美 内線 220
大樹町保健福祉課 介護保険係	ご利用時間 ご利用方法 面接	平日 8 : 30 ~ 17 : 15 電話 01558-6-2500 場所 : 高齢者保健福祉推進センター（らいふ）
北海道国民健康保険 団体連合会	ご利用時間 ご利用方法	平日 8 : 30 ~ 17 : 15 電話 011-231-5161

利用料について

〔 介護保険 〕

対象者：介護保険制度による要介護認定を受けられた方

- (1) 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として料金表により算定した料金の1～3割を負担していただきます。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

【料金表】

基本部分	30分未満	30分以上～60分未満	60分以上～90分未満
	3,990円	5,740円	8,440円
加算要素	・ 准看護師については90/100で算定します。 ・ 特別地域加算として基本料金の15%加算します。 ・ 医療機器の使用等、特別な管理が必要な場合は2,500円・5,000円加算します。		

- (2) 交通費：車代はいただきません。

但し、大樹町以外の方については、原則として下記の車代をいただきます。

病院からご自宅までの片道距離

5 k m未満	200円
5 k m以上 15 k m未満	400円
15 k m以上	600円

〔 医療保険 〕

対象者：各種健康保険に加入されている方

(介護保険制度による要介護認定を受けられた方は、介護保健が優先されます。)

- ・ 各種健康保険の個人負担割合分を負担していただきます

* 市町村によって補助制度が異なりますの各々に負担していただきます。

- ・ 交通費を下記のとおり負担していただきます。

病院からご自宅までの片道距離

5 k m未満	200円
5 k m以上 15 k m未満	400円
15 k m以上	600円

料金の支払方法

毎月15日までに前月分を請求しますので、その月の末日までに病院窓口会計にお支払いください。

訪問（指定訪問）看護利用申込書

令和 年 月 日

大樹町立国民健康保険病院
院長 岩渕 敏樹 様

申込者氏名
住所
電話番号（ ー ）
職業（ ）
利用者の続柄（ ）

印

訪問（指定訪問）看護の利用を申込みます。

1. 利用者	氏名	
	生年月日	(明・大・昭) 年 月 日 満 () 歳
	住所	
	緊急連絡先	電話番号 ー
2. 主治医	氏名	
		8 : 30 ~ 17 : 15
3. 訪問看護 の内容等	時間 (ア30分未満 イ30分～60分未満 ウ60分～90分未満)	
	回数 () 訪問診療希望 (有り・無し)	
4. 訪問看護師等が在宅サービス担当者会議において、利用者の解決すべき課題等の 個人情報を用いることに同意します。 同意者 ()		

- ※保険の種類
1. 医療保険
2. 介護認定の有無 (有り・なし)
介護度 (要支援1・2. 介護1・2・3・4・5)
介護認定期間 (年 月 日～ 年 月 日)
認定審査会意見書記載の有無 (有り・なし)
()
3. 居宅介護支援専門員 ()

同意書

令和 年 月 日

利用者 (甲1)	私はサービス内容説明書及び重要説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受け、当訪問看護サービスを利用します。		
	住所		
	氏名		印
	電話番号		

利用者 家族 (甲2)	私はサービス内容説明書及び重要説明書に基づいて、乙からサービス内容及び重要事項の説明を受け、当訪問看護サービスを利用します。		
	住所		
	氏名		印
	電話番号		

(利用者本人が記入できない場合のみ、ご家族の方が記入してください)

サ ー ビ ス 事 業 者 (乙)	当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、 ☐ 甲1 ☐ 甲2に対してサービス内容説明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。		
	名称	大樹町町立国民健康保険病院	
	住所	北海道広尾郡大樹町暁町6番地2	
	説明者		印
	: 30 ~ 17	01558-6-3111	