

# 指定居宅介護サービス・介護予防サービス重要事項説明書 兼 訪問診療同意書

## 1. 事業所概要

|             |                                                |
|-------------|------------------------------------------------|
| 名 称         | 市立田沢湖病院                                        |
| 所 在 地       | 秋田県仙北市田沢湖生保内字浮世坂17番地1                          |
| 電 話 番 号     | 0187-43-1131                                   |
| 介護保険事業所番号   | 0511210189                                     |
| サービス提供地域    | 仙北市の生保内・田沢地域                                   |
| 提供するサービスの種類 | 訪問看護・介護予防訪問看護<br>居宅療養管理指導(医師)・介護予防居宅療養管理指導(医師) |

## 2. 職員体制

管理者：院長

医師(管理者も兼務) 2～3名(居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導)

看護師(外来看護師長を含む) 2～3名(訪問看護・介護予防訪問看護)

事務職員 1～2名

※上記の職員は、病院業務を兼務しています。

## 3. 営業日・時間

|                                      |               |
|--------------------------------------|---------------|
| 月曜日 ～ 金曜日<br>(祝日、年末年始12月29日～1月3日を除く) | 13:00 ～ 17:15 |
|--------------------------------------|---------------|

※営業日、営業時間外でも24時間連絡をとれる体制になっております。

(担当看護師が不在の場合、外来看護師が対応いたします。)

ただし、緊急時訪問については、営業日の営業時間のみ対応いたします。

夜間・休日等の対応はできません。

※午前中の訪問を希望される場合は、ご相談ください。

## 4. サービスの内容

### (1) 居宅療養管理指導・介護予防居宅療養管理指導

- ・指定居宅介護支援事業者、その他の事業者に対する居宅サービス計画の策定等に必要な情報提供
- ・利用者若しくはその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言

### (2) 訪問看護・介護予防訪問看護

- ・病状及び障害の観察
- ・食事及び排泄等日常生活の援助
- ・リハビリテーション
- ・認知症患者の看護
- ・カテーテル等の管理
- ・清拭及び洗髪等による清潔保持
- ・褥瘡の予防及び処置
- ・ターミナルケア
- ・療養生活や介護方法の指導
- ・その他医師の指示による医療処置

## 5. 利用料金

### (1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金の1割または2割です。  
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。

|                        |                         |                        |
|------------------------|-------------------------|------------------------|
| 医師居宅療養管理指導費<br>(月2回まで) | 単一建物居住者1人               | 5,150円                 |
|                        | 単一建物居住者2人以上9人以下         | 4,870円                 |
|                        | 上記以外                    | 4,460円                 |
| 特別地域<br>居宅療養管理指導加算     | 山村振興法の指定地域などに所在する事業所の場合 | 1回につき<br>居宅療養管理指導費の15% |

|           |               |        |
|-----------|---------------|--------|
| 訪問看護費     | 30分未満         | 3,990円 |
|           | 30分以上1時間未満    | 5,740円 |
|           | 1時間以上1時間30分未満 | 8,440円 |
| 介護予防訪問看護費 | 30分未満         | 3,820円 |
|           | 30分以上1時間未満    | 5,530円 |
|           | 1時間以上1時間30分未満 | 8,140円 |

基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ケアプランに定められた目安の時間を基準とします。ただし、計画外の緊急時訪問を行った場合は、所要時間に応じた料金となります。准看護師が行う場合は、上記料金のそれぞれ90%となります。

|                     |                                                        |                    |
|---------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
| サービス提供体制<br>強化加算(Ⅰ) | 職員体制の強化など、基準に適合している場合                                  | 1回につき<br>60円       |
| 特別地域<br>訪問看護加算      | 山村振興法の指定地域などに所在する事業所の場合                                | 1回につき<br>訪問看護費の15% |
| 特別管理加算(Ⅰ)           | 気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態にある場合など                        | 1月につき<br>5,000円    |
| 特別管理加算(Ⅱ)           | 酸素療法指導管理などを受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態にある場合                    | 1月につき<br>2,500円    |
| 初回加算                | 新規に訪問看護計画書を作成し、病院、診療所又は介護保険施設から退院又は退所した日に初回の指定看護を行った場合 | 1月につき<br>3,500円    |
|                     | 新規に訪問看護計画書を作成し、初回の訪問看護を行った場合                           | 1月につき<br>3,000円    |
| ターミナルケア加算           | 死亡月及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合                       | 1月につき<br>25,000円   |

上記以外にも、複数の看護師が訪問看護を行った場合や、長時間の訪問看護を行った場合などの加算項目があります。

主治医が、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を行った場合は、14日間に限り医療保険の訪問看護となります。

上記のほか、医療保険分として訪問診療料(交通費別途 1kmまたは端数を増す毎に20円)・処方箋料・検査料・指導管理料などの料金がかかります。

(2)交通費

無料

(3)キャンセル料

無料ですが、キャンセルが必要となった場合は至急ご連絡ください。

( 連絡先 43-1131 訪問看護師まで )

(4)支払方法

月ごとの請求となります。

毎月10日から月末までに、病院会計窓口(平日8:30~17:00)で、現金にてお支払いください。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、応急処置等の必要な措置を講じ、速やかに関係市町村・御家族・居宅介護支援事業者等に連絡をします。

7. サービスに関する苦情・相談

(1)当事業所に対する苦情・相談は、次の窓口で受付します。

苦情相談窓口

病院 事務局 医療相談員

TEL 0187-43-1131

(2)公的機関において、次の機関で苦情・相談の申出ができます。

仙北市包括支援センター

TEL 0187-43-2283

秋田県国民健康保険団体連合会 (国保連合会)

平日 9:00 ~ 17:00

TEL 018-883-1550 (苦情・相談専用電話)

FAX 018-883-1551

8. 秘密保持について

業務上知り得た秘密事項については、指定居宅介護サービス・介護予防サービス契約書第12条により厳守します。

9. その他

居宅介護サービス・介護予防サービスを利用されるときは、御家族の方などの付添いをお願いします。ただし、一人暮らしの方等の場合はこの限りではありません。訪問時に付添いがない場合には、事前に連絡をお願いします。その場合、できる限り2名以上の職員が居宅介護サービス・介護予防サービスにあたります。

令和          年          月          日

指定居宅介護サービス・介護予防サービス及び訪問診療の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 所在地 秋田県仙北市田沢湖生保内字浮世坂17番地1  
名 称 市立田沢湖病院

説明者 印

私は、本書面にに基づき重要事項の説明を受け、指定居宅介護サービス・介護予防サービス及び訪問診療の提供を受けることに同意します。

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

代理人 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

確認のため本書面を2通作成し、利用者及び事業者が各1通ずつを保有するものとします。