

【介護保険】 指定訪問看護の重要事項説明書

あなたに対する訪問看護提供開始にあたり、厚生労働省令第37号の第8条に基づいて、事業者があなたに説明すべき重要事項は次の通りです。

1. 事業者

法人名 : 株式会社 STYLE'S
法人所在地 : 群馬県太田市藪塚町 1266-4
電話番号 : (0277) 47-6484
代表者氏名 : 代表取締役 石塚 優介
設立年月日 : 平成29年5月26日

2. 事業所の概要

事業所の種類 : 指定訪問看護事業所・平成29年11月1日
事業所の名称 : 訪問看護リハビリステーションKODOU
事業所の所在地 : 群馬県太田市藪塚町 1266-4
事業所の電話番号 : 0277-47-6484
営業日 : 月曜日から金曜日までとする。
(*ただし、12月30日~1月3日までを除く)
営業時間 : 8:30~17:30
営業地域 : 太田市、みどり市、桐生市、伊勢崎市、邑楽郡大泉町、
前橋市、栃木県足利市

*上記以外の営業時間、曜日でも可能です。お気軽にご相談下さい。

事業所長(管理者の氏名) : 中村 麻記子

(1) 事業所の目的

株式会社 STYLE'S が開設する訪問看護リハビリステーション KODOU 事業所(以下「本事業所」という。)が行う訪問看護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員はかかりつけの医師が指定老人訪問看護又は、指定訪問看護(以下「訪問看護」という。)の必要を認めた場合、利用者に対し、適正な訪問看護事業を提供することを目的とする。

(2) 本事業所の運営方針

- 1 本事業所の看護師その他の従業員は、利用者の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、要介護状態の軽減又は悪化防止に資するように、療養上の目標を設定して支援する。
- 2 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係市町村、地域の保健・医療福祉機関との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- 3 本事業所は、必要な時に必要な訪問看護の提供が行えるように、事業実施体制の整備に努める。

3. 訪問看護サービスの相談窓口

担当者 : 訪問看護師又は、担当者(代表取締役:石塚優介)が対応いたします。
月~金曜日 : 8:30~17:30
(*ただし、12月30日~1月3日までを除く)

4. 職員の配置状況

本事業所では、ご契約者に対して訪問看護を提供する職員として、以下の職員体制を取っています。

職種	常勤	非常勤
管理者（看護師）	1名	
看護師	4名	—
理学・作業療法士	3名	—
事務担当職員	—	—

5. サービス内容

訪問看護の内容は次のとおりとする。

- | | |
|-----------------------------|----------------------|
| (1) 病状、障害の観察 | (6) ターミナルケア |
| (2) 清拭、洗髪等による清潔の保持 | (7) 認知症患者の看護 |
| (3) 食事および排泄等、日常生活の世話 | (8) 療養生活や介護方法の指導 |
| (4) 褥創の予防および処置 | (9) カテーテル等の管理 |
| (5) リハビリテーション ^{*1} | (10) その他医師の指示による医療処置 |

※1： 理学療法士等からの訪問看護を提供している利用者については、訪問看護計画書及び、訪問看護報告書を看護師、理学療法士等が連携し情報の共有をするとともに、利用開始時や状態の変化等に合わせた定期的な看護師による訪問により利用者の状態について適切に評価をする。尚、定期的な看護師による訪問を行う場合、30分の算定を取ることにする。

6. ご利用回数、利用者負担金

① 介護保険適応分【要介護1～5】

看護師・准看護師	～30分	30分～1時間	1～1.5時間
看護師	471単位	823単位	1,128単位
准看護師 単位 ^{*1}	424単位	741単位	1,015単位
理学療法士等 ^{*2}	20分	40分	1時間
単位	294単位	588単位	794単位

介護保険適応分【要支援1・2】

看護師・准看護師	～30分	30分～1時間	1～1.5時間
看護師	451単位	794単位	1,090単位
准看護師 単位 ^{*1}	406単位	715単位	981単位
理学療法士等 ^{*2}	20分	40分	1時間
単位	284単位	568単位	767単位

※1：7級地により1単位＝10,21円

※2：20分を1単位、1週間に6単位までを限度とする

○特別管理加算 労働大臣が定める状態にある者。 Ⅰ. 気管カニューレ、留置カテーテルを使用している等 Ⅱ. 胃ろう、人工肛門、真皮を越える褥瘡等	Ⅰ. 月500単位の加算 Ⅱ. 月250単位の加算
○初回訪問看護加算（Ⅰ） （病院から退院した日）	初回月のみ 350単位の加算
○初回訪問看護加算（Ⅱ） （病院から退院した翌日以降の訪問）	初回月のみ 300単位の加算
○緊急時訪問看護加算（Ⅱ）	月に574単位の加算
○ターミナルケア加算 利用者の死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを行なった場合。	死亡月のみ2500単位の加算
○エンゼルケア*	在宅でお亡くなりになられた場合、お体をきれいにしたりする処置をします。実費15,000円（保険外サービス）

*利用者のお住まいでサービスを提供する為に、使用するガス電気等の費用は、利用者負担となります。

②運営基準に定められたその他の費用

・その他の費用（交通費）

通常の営業地域を超えて行う事業に要する交通費は、次の額とする。

- (1) 事業所から片道20キロメートル未満 250円
- (2) 事業所から片道20キロメートル以上 350円

③通常のサービス提供を超える費用（全額自己負担）

(1) 利用時間外の訪問看護料金

- (ア) 午後5時30分～午後10時まで1訪問ごとに 2,000円
- (イ) 午後10時～午前6時までに1訪問ごとに 4,000円
- (ウ) 午前6時～午前9時まで1訪問ごとに 2,000円

(2) 利用時間内の訪問看護料金

- (ア) 利用時間内30分ごとに 1,000円
- (イ) 午後5時30分～午後10時まで30分ごとに 2,000円
- (ウ) 午後10時～午前6時まで30分ごとに 4,000円
- (エ) 午前6時～午前9時まで30分ごとに 2,000円

(3) 業務日以外の訪問看護料1訪問ごとに

4,000円

但し、利用時間外の訪問看護については(1)及び(2)に定める額を加算することになります。

④その他

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- A 現金払い（翌月末までに支払いをお願いします。）
- B 銀行振り込み（期日までにお振込みをお願いします、手数料は利用者負担となります。）

7. 訪問看護指示書にかかる負担料金

- 1 訪問看護サービスを開始するにあたり、主治医からの情報提供及び指示を受けてからのサービス提供となります。
- 2 担当者が主治医に依頼し作成して頂きます。これを「訪問看護指示書」といいますが、作成にあたり負担料金が発生いたします。負担料金は健康保険証の負担割合により異なります。(1割負担の方の場合は300円かかります。病院によっては異なる場合がありますので病院窓口にてご確認下さい。お支払いは、病院窓口でお願いいたします。)
- 3 訪問看護指示書には有効期間があり、期間満了日には再度主治医に作成を依頼することになります。作成毎に医療機関より請求がありますのでご了承ください。

8. 緊急時等の対応の方法

サービス提供時にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき家族、主治医、居宅介護支援事業所等に連絡します。

ご家族 (昼) 氏名： _____ (続柄 _____) 連絡先： _____

(夜) 氏名： _____ (続柄 _____) 連絡先： _____

9. 緊急時の対応

サービスの提供を行っている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合必要な措置を講じると共に以下の対応を行います。

- 1 契約時に教えて頂く家族、緊急連絡先及び担当ケアマネージャーへ連絡致します。
- 2 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合がございます。
- 3 急を要する場合は事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合がございます。
- 4 必要に応じて速やかに市町村への連絡を致します。

10. 非常災害発生時の対応

災害発生時は、その規模や災害状況により通常の業務を行えない可能性があります。災害時の情報、被害状況を把握し安全を確保したうえで、利用者の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。

11. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

12. 衛生管理等

- (1) 看護職員等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) 指定訪問看護事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6月に1回以上開催するとともにその結果について従業者に周知徹底します
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
 - ③ 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

1 3. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する責任者：石塚 優介（代表取締役）
- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に、当該従業者又は養護者（現に養護している家族、親族、同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合、速やかに、これを市町村に通報します。

1 4. その他

1. サービス提供の際の事故トラブルを避けるため、次の事項に留意ください。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください
- ② 看護師等は、利用者の心身機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助をおこなうこととされています。それ以外の業務は認められていませんので、ご了承下さい。
- ③ 感染予防のため処置及びケア時は、ゴム手袋を使用させていただきます。また、終了後は手洗いをさせていただく場合もありますのでご了承下さい。

1 5. 相談窓口 苦情処理

1 利用者又は、家族は提供された訪問看護ステーションに苦情がある場合、下記の相談窓口
に苦情を申し立てる事が出来ます。

- 名称：訪問看護リハビリステーション KODOU
- 電話番号：(0 2 7 7) 4 7 - 6 4 8 4
- 担当者：石塚 優介（時間 8：30～17：30）

2 利用者又は、家族は介護保険法令に従い、市町村および国民健康保険団体連合会等の苦情
申立機関に苦情を申し立てる事が出来ます。

- | | |
|-----------------------|---------------------|
| ■ 群馬県国民健康保険団体連合会 | ■ 電話番号 027-290-1323 |
| ■ 太田市健康こども部長寿あんしん課 | ■ 電話番号 0276-47-1856 |
| ■ 伊勢崎市役所福祉部介護保険課 | ■ 電話番号 0270-23-9800 |
| ■ 桐生市役所保健福祉部介護高齢福祉課 | ■ 電話番号 0277-46-1111 |
| ■ みどり市役所介護高齢課 | ■ 電話番号 0277-76-0974 |
| ■ 前橋市役所福祉部介護保険課 | ■ 電話番号 027-224-1111 |
| ■ 栃木県足利市役所元気高齢課 | ■ 電話番号 0284-20-2136 |
| ■ 邑楽郡大泉町役場健康福祉部高齢介護課 | ■ 電話番号 0276-62-2121 |
| ■ 邑楽郡邑楽町役場福祉介護課介護保険係 | ■ 電話番号 0276-47-5021 |
| ■ 邑楽郡千代田町役場住民福祉課介護保険係 | ■ 電話番号 0276-86-7000 |
| ■ 邑楽郡明和町役場介護福祉課介護保険係 | ■ 電話番号 0276-84-3111 |
| ■ 邑楽郡板倉町役場健康介護課介護高齢係 | ■ 電話番号 0276-82-1111 |

3 苦情処理の手順・体制は次の通りと致します。

- ① 苦情処理台帳に記し苦情についての事実確認を行います。
- ② 苦情処理方法を記載し、管理者決裁と致します。
- ③ 苦情処理について関係者と連携を行い改善について、利用者に確認を行います。
- ④ 苦情処理は、1日以内に行われることを原則と致します。
- ⑤ 苦情処理についての結果等を台帳に記載致します

16. 個人情報提供

サービス提供にあたり、サービス提供機関との連携を図る事を目的に、利用者および利用者家族の個人情報を利用する事に同意します。

令和 年 月 日

氏名(本人): _____

氏名(家族代表): _____ 続柄: _____

指定訪問看護サービスの開始にあたり、ご利用者に対し重要事項説明書に基づいて、重要事項を説明致しました。

株式会社 STYLE' S
訪問看護リハビリステーション KODOU

(説明者)氏名: _____ (管理者)氏名: 中村 麻記子

私は、本書面により、本事業者から訪問看護の利用に際し、重要事項の説明を受け同意し、交付しました。

利用者(本人)氏名: _____

住所: _____

家族(代理人)氏名: _____

住所: _____