

訪問看護及び介護予防訪問看護 重要事項説明書

1.訪問看護サービスを提供する事業者

事業者名	社会福祉法人 長寿の森 二日市温泉翔裕園訪問看護ステーション
代表者名	理事長 神成 裕介
所在地	福岡県筑紫野市湯町1丁目15-25
法人設立年月日	平成10年 3月 5日

2.サービス提供を実施する事業所

事業所名	二日市温泉翔裕園訪問看護ステーション
介護保険事業所番号	第 4061790194号
所在地	福岡県筑紫野市湯町1丁目15-25
管理者名	笹山 優子
電話番号/FAX番号	092-921-8201／092-921-8202
事業の実施地域	筑紫野市・太宰府市・小郡市・鳥栖市・基山町 (他の地域は相談に応じます)

3.事業の目的及び運営方針

事業の目的	要介護状態等にある利用者に対して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう支援する。
運営の方針	事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・介護・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めます。

4.営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日（土日：緊急時および電話対応可）
営業時間	午前8時から午後5時
提供時間	24時間対応
※看護師の電話等による24時間対応は加算を付けて利用できます。	

5.指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の内容

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の内容は、次のとおりとします。

- 1 病状・障害の観察(血圧・体温・脈等の測定を行い、身体異常の早期発見)
- 2 療養上のお世話(清拭・洗髪・入浴介助・排泄介助等)
- 3 内服薬管理、相談(残薬確認等)
- 4 経管栄養の管理・指導
- 5 医師の指示による医療処置(点滴・インスリン・浣腸・摘便等)
- 6 医療機器の管理(在宅酸素・留置カテーテル・呼吸器・胃瘻等)
- 7 床ずれ予防、処置(予防のための工夫・処置)
- 8 認知症などのケア(利用者とご家族の相談、対応法等の助言)
- 9 介護予防(健康管理、運動機能低下予防)
- 10 在宅リハビリ(リハビリスタッフと連携)
- 11 ご家族への介護支援・相談・助言(介護方法の助言・療養上の相談)
- 12 ターミナルケア(がん末期や終末期を自宅で支援・ケアの実施)

6.職員の禁止事項

当事業所の職員は、サービス提供にあたって、次の行為は行いません。

- 1 利用者又はご家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かりや管理
- 2 利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- 3 同居家族などに対するサービスの提供
- 4 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 5 利用者又はご家族への宗教、政治、営利目的の活動や勧誘、その他迷惑行為

7.利用料金等

利用料金は保険負担割合に対応した自己負担額となります。基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護を提供した場合の利用料の額は、別表のとおり厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護が法定受領サービスであるときは、その 1 割の額とします。ただし、介護保険法第 49 条の 2 に規定する要介護被保険者及び第 59 条の 2 に規定する居宅要支援被保険者は 2 割または 3 割の額とします。(その負担割合については、市区町村から届く負担割合証にて確認する)なお、健康保険の場合は診療報酬の額によります。

- 1 次条の通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護に要した交通費は、その実費を徴収します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収します。
 - (1)費用の支払を受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払に同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとします。
 - (2)毎月 15 日前後に、前月分の請求書をお渡しいたしますので、その後ご準備ください。
 - (3)交通費
 - ① 提供地域にお住まいの方は無料です。

② 提供地域外にお住まいの方は、下記の交通費等を実費にてお支払い頂きます。

・片道 10 km未満の場合は一律300円

・片道 10 km以上の場合は一律600円

・コインパーキングの利用が必要な場合(利用者又は家族の同意を得ます)は、実費にてお支払い頂きます。

(4) キャンセル時の連絡

訪問看護をキャンセル時、前日もしくは当日の訪問時間前連絡を必ずお願いします。

8. サービス内容に関する苦情の連絡先

事業所相談窓口	二日市温泉翔裕園訪問看護ステーション
	(電話)092-921-0821 (FAX)092-921-0822
	担当者: 笹山 優子
	対応時間: 午前 9 時～午後 5 時
筑紫野市相談窓口	健康福祉部 高齢支援課
	(電話)092-923-1111 (FAX)092-923-1134
	対応時間: 午前 8 時半～午後 5 時(土、日祭日を除く)
太宰府市相談窓口	介護保険課 介護保険係
	(電話)092-921-2121 (FAX)092-921-1601
	対応時間: 午前 8 時半～午後 5 時(土、日祭日を除く)
小郡市相談窓口	長寿支援課 介護保険係
	(電話)0942-72-2111 (FAX)0942-73-4666
	対応時間: 午前 8 時半～午後 5 時(土、日祭日を除く)
鳥栖市役所相談窓口	高齢障害福祉課 高齢者支援係
	(電話)0942-85-2009 (FAX)0942-85-3554
	対応時間: 午前 8 時半～午後 5 時(土、日祭日を除く)
基山町役場相談窓口	健康福祉課 健康係
	(電話)0942-92-7964 (FAX)0942-92-7184
	対応時間: 午前 8 時半～午後 5 時(土、日祭日を除く)
福岡県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
	福岡市博多区吉塚町 13 番 47 号
	(電話)092-642-7859
佐賀県国民健康保険団体連合会	佐賀県国民健康保険団体連合会
	佐賀市呉服元町 7 番 28 号 佐賀県国保会館
	(電話)0952-26-4181

9.サービス提供における個人情報の保護

当事業所においては、乙及びサービス従事者または従業員(退職者含む)は、利用者の秘密保持について正当な理由なくして知りえた個人情報は他者に漏らしません。

ただし、ご契約者が緊急な医療上の必要性がある場合、サービス担当者会議等において必要性がある場合は、同意を得てからご契約者の心身等の情報を提供します。

10.地域医療研修医の実習及び研修生臨床実習

研修医や看護学生など臨地実習を必要とする者の実習にあたり、担当の看護師やPT・OT・STに同行することがあります。(その際は改めて連絡し、了承を得られた時のみ同行します)

11.事故及び緊急時の対応方法

事故の場合、当事業所と緊急連絡先に連絡してその指示を受けます。緊急を要する場合は、ご利用者の主治医へ連絡を行い医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	

緊急連絡先	氏名・続柄	()
	電話番号	
	氏名・続柄	()
	電話番号	

※留意事項

サービスの利用に際しては、その開始時は主治医の指示に基づいて提供されるものであるため、主治医からの訪問看護指示書が必要になります。

指示期間は、1ヶ月から最長6ヶ月までです(記載がない場合の指示期間は1ヶ月)

この期間を過ぎて、主治医からの訪問の指示または診療情報提供書がない場合は、サービスの提供はできませんのでご注意ください。

※緊急時訪問看護加算は、24 時間対応できる体制を整備し、利用者の同意を得て、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う場合に算定します。なお、同意書面は別添のとおりです。

※特別管理加算は、別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする利用者に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に算定します。

別に厚生労働大臣が定める特別な管理を必要とする状態とは、次のとおりです。

- ① 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態
- ② 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ④ 真皮を超える褥瘡の状態
- ⑤ 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

特別管理加算(Ⅰ)は①に、特別管理加算(Ⅱ)は②～⑤に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に算定します。

※ターミナルケア加算は、在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日(末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものは1日)以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む。)に算定します。

その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものとは次のとおりです。

- イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)、多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髓性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態など。
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

※初回加算は新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、訪問看護を提供した場合に加算します。また、退院時共同指導加算を算定する場合は算定しません。

※退院時共同指導加算は、入院中又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した後に初回の訪問看護を行った場合に算定します。また初回加算を算定する場合は算定しません。

※看護・介護職員連携強化加算はたん吸引等を行う訪問介護事業所と連携し、利用者に係る計画の作成の支援等を行った場合に算定します。

※複数名訪問加算は、複数の看護師等(両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する)、又は看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合(利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合等)に算定します。

※長時間訪問看護加算は、特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合、訪問看護の所定サービス費(1時間以上1時間30分未満)に算定します。なお、当該加算を算定する場合は、別途定めた1時間30分を超過する部分の利用料は徴収しません。

※看護体制強化加算は、医療ニーズの高い利用者への訪問看護の体制を強化した場合に算定します。

※サービス提供体制強化加算は、当事業所が厚生労働大臣の定める基準に適合しているものとして届け出し、利用者に対して訪問看護を行った場合に算定します。

▲その他の利用料金(自己負担)

○衛生材料……衛生材料が必要な場合は実費となります。

○エンゼルケア…お亡くなりになった後のケアをさせていただく場合は 15,000 円頂戴いたします。

訪問看護 重要事項説明同意書

契約日 年 月 日

<乙>

当事業所はサービスの開始にあたり利用者等に契約内容及び重要事項を説明致しました。

住所 福岡県筑紫野市湯町1丁目15-25

事業所名 二日市温泉翔裕園訪問看護ステーション

管理者



説明者

<利用者>

私は訪問看護サービスの契約及び重要項目の説明を受けました。

住所

氏名

<同意者の場合>

住所

氏名 続柄()