（介護予防）訪問看護重要事項説明書

１　訪問看護ステーション　ライフデザイン湯の川の概要

（１） サービスを提供する事業者・事業所、提供できるサービスの地域

事業所名称	訪問看護ステーション　ライフデザイン湯の川
所在地	〒041-0851　函館市本通２丁目 39 番 21 号
介護保険指定番号	0161490586
法人種別・法人名	株式会社ライフデザイン
代表者名	代表取締役　佐々木　史子
電話番号 ファックス番号	0138-83-7677 0138-83-7687
サービス提供地域	函館市内全域（旧４町村を除く）

（２） 職員体制と職務内容

職種	員数
管理者	１名（常勤）
看護師	常勤換算方法上　2.5 名以上
准看護師	０名
理学・作業療法士、言語聴覚士	１名以上
事務員	１名以上

（３） 営業日・営業時間

営業日 営業時間	月曜日～日曜日 午前８時 30 分～午後５時 30 分 ※常時 24 時間、いつでも連絡をとれる体制を設けております。

（４）サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日 提供時間	月、火、水、木、金、土、日 24 時間

2　事業の運営方針と目的

事業目的	要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が訪問看護の必要性を認めた高齢者に対し、適正な運営および適切な指定訪問看護および指定介護予防訪問看護の提供を確保する事を目的とする。
運営方針	1　訪問看護を提供する事により、生活の質を確保し、健康管理および日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養ができるよう努めます。 2　事業の運営にあたって、必要なときに必要な訪問看護の提供が出来るように努めます。 3　事業の運営にあたって、関係市区町村、地域包括支援センター、保健所および近隣の他の保健・医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供が出来るように努めます。 4　質の良い訪問看護サービスを提供するため、訪問看護従事職員の研修を継続的に行い、資質の向上を図ります。

3　サービス提供内容

サービス区分と種類	サービス内容
訪問看護計画の作成	主治の医師の指示並びにご利用者様に関わる居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。
訪問看護の提供内容	（1）　療養上の世話 清拭、洗髪などによる清潔の管理・援助、食事（栄養）および排泄等の日常生活療養上の世話、ターミナルケア。 （2）　診療の補助 褥瘡の予防・処置、カテーテル管理等の医療処置。 （3）　リハビリテーションに関すること。 （4）　家族の支援に関すること。 家族への療養上の指導・相談、家族の健康管理。 （5）定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携し、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて、訪問看護の提供を行う。

4　利用料金

（1）提供するサービスの利用料、利用負担額（介護保険を適応する場合）について

【指定介護予防訪問看護ステーションの場合】

〈基本サービス〉　ア　定期巡回・随時対応訪問介護看護事業所と連携する場合

サービス提供区分	介護報酬額	ご利用者様負担額		
		1割	2割	3割
1月につき 2961 単位	29,610 円	2,961 円	5,922 円	8,883 円
要介護 5 のご利用者様 3761 単位	37,610 円	3,761 円	7,522 円	11,283 円

※准看護師が訪問した場合基本単位の 90/100

※医療保険の訪問看護が必要であるものとして主治医が発行する訪問看護指示の文書の訪問指示機関の日数につき減算－97 単位

<加算サービス>

サービス	介護 報酬額	ご利用者様負担額			算定回数等
		1割	2割	3割	
緊急時介護予防訪問看護加算 （Ⅰ）　600 単位	6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円	1月につき
緊急時介護予防訪問看護加算 （Ⅱ）　315 単位	3,150 円	315 円	630 円	945 円	1月につき
特別管理加算（Ⅰ） 500 単位	5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円	1月につき
特別管理加算（Ⅱ） 250 単位	2,500 円	2,500 円	500 円	750 円	1月につき
初回加算（Ⅰ） 350 単位	3,500 円	350 円	700 円	1,050 円	初回のみ 1回につき
初回加算（Ⅱ） 300 単位	3,000 円	300 円	600 円	9,000 円	初回のみ 1回につき
退院時共同指導加算 600 単位	6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円	1回につき
ターミナル加算 2500 単位	25,000 円	2,500 円	5,000 円	7,500 円	初回のみ 1回につき
看護･介護職員連携強化加算 （特定業務）　250 単位	2,500 円	250 円	500 円	750 円	1月につき
複数名訪問看護加算 30 分未満　254 単位	2,540 円	254 円	508 円	762 円	1回につき
複数名訪問看護加算 30 分以上　402 単位	4,020 円	402 円	804 円	1,206 円	1回につき
長時間介護予防訪問看護加算 300 単位	3,000 円	300 円	600 円	900 円	1回につき

サービス	介護報酬額	ご利用者様負担額			算定回数等
		1割	2割	3割	
サービス提供体制強化加算（Ⅰ） 6 単位	60 円	6 円	12 円	18 円	1回につき 区分支給基準減額の 算定対象外
サービス提供体制強化加算（Ⅱ） 3 単位	30 円	3 円	6 円	9 円	1回につき 区分支給基準減額の 算定対象外
介護職員等処遇改善加算	厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員等の賃金の改善等を実施しているものとして市町村長に届け出た場合居宅介護支援費の所定単位数の 1000 分の 18（1.8%相当）の加算				

〈基本サービス〉 イ 介護保険訪問看護

昼間（8 時～18 時）		介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
20 分未満（314 単位）	看護師による場合	3,140 円	314 円	628 円	942 円
30 分未満（471 単位）		4,710 円	471 円	942 円	1,413 円
30 分以上1時間未満 （823 単位）		8,230 円	823 円	1,646 円	2,469 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 （1128 単位）		11,280 円	1,128 円	2,256 円	3,384 円
早朝（6 時～8 時）、夜間（18 時～22 時）　25%加算					
20 分未満（393 単位）	看護師による場合	3,930 円	393 円	786 円	1,179 円
30 分未満（589 単位）		5,890 円	589 円	1,178 円	1,767 円
30 分以上1時間未満 （1029 単位）		10,290 円	1,029 円	2,058 円	3,087 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 （1410 単位）		14,100 円	1,410 円	2,820 円	4,230 円
深夜（22 時～翌 6 時）　50%加算					
20 分未満（471 単位）	看護師による場合	4,710 円	471 円	942 円	1,413 円
20 分未満（707 単位）		7,070 円	707 円	1,414 円	2,121 円
30 分以上1時間未満 （1235 単位）		12,350 円	1,235 円	2,470 円	3,705 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 （1692 単位）		16,920 円	1,692 円	3,384 円	5,076 円

※准看護士が訪問した場合基本単位の 90/100

＜理学療法士等による訪問の場合＞

サービス提供区分	提供時間帯	介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割

294 単位(1 日に 2 回超えて実施する場合は 90/100)	昼間 (294 単位)	2,940 円	294 円	588 円	882 円

〈基本サービス〉 ウ 介護予防訪問看護

昼間(8 時～18 時)		介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
20 分未満(303 単位)	看護師による場合	3,030 円	303 円	606 円	909 円
30 分未満(451 単位)		4,510 円	451 円	902 円	1,353 円
30 分以上1時間未満 (794 単位)		7,940 円	794 円	1,588 円	2,382 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 (1090 単位)		10,900 円	1,090 円	2,180 円	3,270 円
早朝(6 時～8 時)、夜間(18 時～22 時)　25%加算					
20 分未満(379 単位)	看護師による場合	3,790 円	379 円	758 円	1,137 円
30 分未満(564 単位)		5,640 円	564 円	1,128 円	1,692 円
30 分以上1時間未満 (993 単位)		9,930 円	993 円	1,986 円	2,979 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 (1363 単位)		13,630 円	1,363 円	2,726 円	4,089 円
深夜(22 時～翌 6 時)　50%加算					
20 分未満(455 単位)	看護師による場合	4,550 円	455 円	910 円	1,365 円
20 分未満(677 単位)		6,770 円	677 円	1,354 円	2,031 円
30 分以上1時間未満 (1191 単位)		11,910 円	1,191 円	2,382 円	3,573 円
1 時間以上 1 時間 30 分未満 (1635 単位)		16,350 円	1,635 円	3,270 円	4,905 円

※准看護士が訪問した場合基本単位の 90/100

＜理学療法士等による訪問の場合＞

サービス提供区分	提供時間帯	介護報酬額	ご利用者様負担額		
			1割	2割	3割
284 単位(1 日に 2 回超えて実施する場合は 90/100)	昼間 (284 単位)	2,840 円	284 円	568 円	852 円

※当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内又は隣接する敷地の建物に居住するご利用者様又は当事業所におけるひと月当たりのご利用者様が 20 人以上居住する建物に対して介護予防訪問看護を行った場合は、上記金額の 90/100 となります。

※当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内又は隣接する敷地の建物に居住するご利用者様

又は当事業所におけるひと月当たりのご利用者様が 50 人以上居住する建物に対して介護予防訪問看護を行った場合は、上記金額の 85/100 となります。

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び訪問看護計画に位置付けられた時間数（計画時間数）によるものとします。
なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、ご利用者様の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに訪問看護計画の見直しを行います。

※緊急訪問看護加算は、ご利用者様の同意を得て、ご利用者様又はその家族等に対して 24 時間連絡体制にあって、かつ、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加算します。尚、同意書面は別紙のとおりです。

※特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とするご利用者様に対して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に加算します。

※ターミナルケア加算は、在宅で死亡されたご利用者様について、ご利用者様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）に加算します。

※初回加算は、新たに訪問看護計画を作成したご利用者様に対し訪問看護を行った場合（過去２月間に当事業所を利用している場合を除く）に算定します。

※看護・介護職員連携強化加算はたん吸引などを行う訪問介護事業所と連携し、ご利用者様に係る計画の作成の支援などを行った場合に加算します。

※看護体制強化加算は、中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、緊急時訪問看護加算・特別管理加算・ターミナルケア加算それぞれの算定実績が一定以上ある事業所を評価する加算です。

※複数名訪問看護加算は、二人の看護師等（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。）が同時に訪問看護を行う場合（ご利用者様の身体的理由により１人の看護師などによる訪問看護が困難と認められる場合等）に加算します。

※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 回の訪問時間が 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 30 分未満）に加算します。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。

※口腔連携強化加算は、歯科専門職と連携し口腔衛生状態や口腔機能の評価を行い、歯科医療機関やケアマネジャーへ情報提供を行った場合、月１回算定出来る加算です。
※サービス提供体制加算は、全ての看護師等に研修や健康診断を実施し、技術指導などを目的とした会議を定期的に開催し、勤続年数の長い職員を多く配置している事業所において算定が認められる加算です。

※主治の医師（介護老人保健施設の医師を除く）から、急性増悪など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指示を受けた場合は、その指示日から 14 日間に限って、介護保険による訪問看護日は算定せず、別途医療保険による訪問看護の提供となります。

■その他の料金

死後の処置　5,000 円

通常の業務の実施地域を越える場合の交通費　実費（1 キロメートルあたり 20 円）

（２）料金のお支払い方法

お支払い方法	現金によるお支払いもしくは、銀行等によるお振込み（振込みに関わる手数料は、ご利用者様にてご負担下さい。）
支払い期日	毎月２７日（前月の利用料）

５　キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合には、以下の通りキャンセル料を頂きます。ただし、ご利用者様の病状の急変や入院等の場合には、キャンセル料は請求致しません。

24 時間前までのご連絡の場合～キャンセル料は不要です。

12 時間前までのご連絡の場合～１提供当たりの料金の 20%を請求致します。

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい（連絡先：0138 - 83 - 7677）

キャンセル料金はかかりません。

6　苦情相談機関

苦情相談窓口	担当者氏名： 佐藤　貴博
苦情処理の体制・手順	① 苦情が発生した場合は担当職員が相手方に連絡を取り、直接訪問等をして詳しい情報を聞くとともに、苦情の内容に詳しい職員からも内容の確認を行う。 ② 内容確認後、可能である場合にはその場で対応する。 ③ 担当職員の個人での検討・判断が困難な場合には、相手方への了承を得た上で、施設全体にて対応を検討する。 ④ 対応方法を検討後、苦情発生の翌日までには利用者への謝罪等具体的な対応を行う。 ⑤ 即対応不可能な場合には、相手方の了承のもと期日を設定し、その期日内に検討する。 ⑥ 苦情の内容・対応の過程・その結果等について、苦情受付表に記録し完結の日より 5 年間保管し内容について検討し、再発防止に努める。

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます

苦情受付機関	○北海道国民健康保険団体連合会 札幌市中央区南２条西１４丁目国保会館	電話番号（０１１）２３１－５１７５

7　事故発生時の対処方法

・ 事故が発生した場合には、速やかに市区町村、介護支援専門員、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
・ 当該事故の状況および事故に際してとった措置について記録し、その完結の日から５年間保存します。
・ 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

８　衛生管理等

・　当事業所は、看護師等の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努めるものとします。また、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、次の各号に掲げる措置を講じるものとします。

1. 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等の活用可能）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、従業者に周知徹底を図ります。

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. 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

９　高齢者虐待防止

・　当事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、次にあげる通り必要な措置を講じます。

1. 虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。テレビ電話装置等の活用可能）を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

2. 虐待防止のための指針を整備します。

3. 虐待を防止するための定期的な研修を実施します。

4. 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を設置します。

１０　業務継続計画の策定等

・　当事業所は、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〔指定介護予防訪問看護〕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（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

・　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に

・　実施するものとします。

・　定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

１１　緊急時の連絡体制

緊急時連絡先 （24 時間対応可能）	営業時間内	TEL０１３８－８３―７６７７
	夜間・休日	TEL０８０－２８７６－１０８２

１２　評価について

第三者評価の実施状況	未実施

私は本書面に基づいて職員（職名　管理者　　氏名　佐藤　貴博 ）から上記重要事項の説明を受けたことを確認し、同意します。

年　　月　　日

利用者　　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

利用者の家族等（署名代行者）　住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿