

指定訪問看護 重要事項説明書
(介護予防訪問看護)

公益財団法人 近江兄弟社
訪問看護ステーションヴォーリス
滋賀県近江八幡市北之庄町492番地
TEL 0748-32-1199

訪問看護ステーションヴォーリズ 重要事項説明書

(介護予防訪問看護)

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口および営業日等

電話 0748-32-1199 (FAX 0748-32-1501)

営業日	月曜日～土曜日 (ただし、24時間緊急時対応体制あり)
営業時間	午前 8時30分 ～ 午後 5時15分
定休日	日曜日・年末年始 (12/29～1/3) * 年末年始・連休の前後は、医療的処置の必要な利用者の訪問を優先する場合がありますのでご了承ください。

2. 当事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーションヴォーリズ
所在地	滋賀県近江八幡市北之庄町492番地
事業所の指定番号	滋賀県 2560490035号
サービスを提供する 通常の事業実施地域	近江八幡市・竜王町 上記以外でも可能ですが交通費が必要となります

3. 当事業所の法人概要

名称	公益財団法人 近江兄弟社
所在地	滋賀県近江八幡市慈恩寺町元11
法人種別	公益財団法人
代表者名	理事長 三ッ浪 健一

4. 当事業所の従業員

	員数	業務内容	勤務体制
管理者	1名	事業所管理業務	常勤
看護師	7名以上	訪問看護業務	常勤
看護師	5名以上	訪問看護業務	非常勤
理学療法士	2名以上	訪問リハビリ業務	非常勤
事務職員	1名以上	事業所事務兼務	常勤/非常勤

(年 月 日契約時)

5. 事業の目的

要支援者に対し、要支援状態の維持又は改善を図り要介護状態となることを予防し、その者の居宅において、可能な限りその有する能力に応じて自立した生活を営むことができることを目的とし、適切な介護予防訪問看護サービス計画を作成し、かつ介護予防訪問看護サービスの提供を行い心身機能の維持回復を図り、もって生活機能の維持又は向上を目指す。また、拘縮の予防や生活に生かせるリハビリなどを行い、心身の機能の維持回復を目指している。

6. 提供するサービスの内容と料金

サービス内容

1. 病状や心身の状況の観察・健康相談
2. 排泄についての評価および援助
3. 褥瘡の予防・評価・処置の援助
4. 生活リハビリテーションおよび療養環境の評価
5. 医療的処置管理
在宅酸素療法
在宅自己導尿
バルンカテーテル留置
人工肛門・人工膀胱の管理
在宅自己注射（インスリン療法） 等
6. 服薬の管理
7. 社会資源や介護用品の導入に関するアドバイス
8. 身体の清潔に関するアドバイスおよび援助

7. 利用料金

訪問看護費	介護予防訪問看護 I 1	介護予防訪問看護 I 2	介護予防訪問看護 I 3	介護予防訪問看護 I 4
	20分未満 303単位	30分未満 451単位	30分以上60分未満 794単位	60分以上90分未満 1,090単位
	1割負担 310円	461円	811円	1,113円
	2割負担 619円	921円	1,622円	2,226円
	3割負担 928円	1,382円	2,432円	3,339円
* (20未満の要件) 週に1回以上の訪問看護を実施していること * 利用者様からの連絡に応じて、訪問看護を24時間行える体制であること				
理学療法による訪問看護費	1回/20分	2回の場合	2回を超えて3回になる場合	
	284単位	568単位	426単位	
	1割負担 290円	580円	435円	
	2割負担 580円	1,160円	870円	
	3割負担 870円	1,740円	1,305円	
* 1日に2回を超えて介護予防訪問看護を行う場合、1回につき所定の単位数の50/100で1週間に6回を限度として算定します * 看護業務としてのリハビリテーションであり看護師の代わりに理学療法士等が訪問し、看護師と理学療法士等は連携をします * 訪問看護計画及び訪問看護報告書の作成にあたり、心身の状態を適切に評価するため、介護予防訪問看護サービス利用開始時及び心身の状態の変化等に合わせた定期的に看護師による訪問を行います * 訪問看護事業所における前年度の理学療法士、作業療法士による訪問回数が、看護職員による訪問回数を超えている場合又は緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算をいずれも算定していない場合は8単位減算されます(注1) * 理学療法士等が利用開始日の属する月から起算して12月を超えて指定介護予防看護を行った場合であって、注1を算定しているときは、1回につき15単位を所定単位数から減算し、注1を算定していない時には、1回につき5単位を減算します				
* 国の定める地域区分の基準により、訪問看護費の適用料金が変わる場合があります 地域区分 近江八幡市「7級地」(1単位10.21円)				
加算	特別管理加算(I) 500単位	1割負担 511円/月	在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や留置カテーテル等を使用している状態であること	
		2割負担 1,021円/月		
		3割負担 1,532円/月		
	特別管理加算(II) 250単位	1割負担 256円/月	在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮超える褥瘡の状態等であること	
		2割負担 511円/月		
		3割負担 766円/月		
	緊急時訪問看護加算(I) 600単位	1割負担 613円/月	国の定める事業所の評価認定基準により加算されます 但し、緊急に訪問看護を行った場合は、訪問の所要時間に応じた訪問看護費が算定されます	
		2割負担 1,226円/月		
		3割負担 1,838円/月		
	緊急時訪問看護加算(II) 574単位	1割負担 586円/月	その月の2回目以降の緊急訪問について早朝、夜間、深夜加算が算定されます ※24時間緊急対応体制加算を申請された方のみ算定	
		2割負担 1,172円/月		
		3割負担 1,758円/月		
	看護体制強化加算 100単位	1割負担 103円/月	早朝 (午前 6時～午前 8時) 25/100加算 夜間 (午後 6時～午後 10時) 25/100加算 深夜 (午後 10時～翌朝 6時) 50/100加算 国の定める事業所の評価認定基準により加算されます ※月によって適用料金が変わる場合があります	
		2割負担 205円/月		
		3割負担 307円/月		
サービス提供体制強化加算(I) 6単位	1割負担 7円/回	事業所の専門性等の評価認定基準により加算されます		
	2割負担 13円/回			
	3割負担 19円/回			
サービス提供体制強化加算(II) 3単位	1割負担 3円/回			
	2割負担 6円/回			
	3割負担 9円/回			
長時間訪問看護加算 300単位	1割負担 307円/回	特別管理加算の対象者について、1時間30分以上の訪問看護費を実施した場合に算定されます		
	2割負担 613円/回			
	3割負担 919円/回			
退院時共同指導加算 600単位	1割負担 613円/回	入院・入所中に訪問看護師等が医療機関や老健施設と共同し在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合1回に限り算定されます (特別な管理を要する場合2回)		
	2割負担 1,226円/回			
	3割負担 1,838円/回			

加 算	初回加算(Ⅰ) 350単位	1割負担	358円/月	新規に訪問看護計画を作成した利用者様に対して、病院、診療所等から退院した日に訪問看護を提供した場合に算定されます(但し、退院時共同指導加算を算定する場合は算定されません)	
		2割負担	715円/月		
		3割負担	1,072円/月		
	初回加算(Ⅱ) 300単位	1割負担	307円/月	新規に訪問看護計画を作成した利用者様に対して、病院、診療所等から退院した日の翌日以降に訪問看護を提供した場合に算定されます(但し、退院時共同指導加算を算定する場合は算定されません)	
		2割負担	613円/月		
		3割負担	919円/月		
	複数名訪問加算(Ⅰ) (看護師+看護師) 30分未満 254単位	30分未満	1割負担	260円/回	同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であり、身体的理由や暴力行為等により一人の訪問看護師等による訪問看護が困難と認められた場合に算定されます
			2割負担	519円/回	
			3割負担	778円/回	
	複数名訪問加算(Ⅰ) (看護師+看護師) 30分以上 402単位	30分以上	1割負担	411円/回	同時に複数の看護師等により訪問看護を行うことについて、利用者やその家族等の同意を得ている場合であり、身体的理由や暴力行為等により一人の訪問看護師等による訪問看護が困難と認められた場合に算定されます
			2割負担	821円/回	
			3割負担	1,232円/回	
専門管理加算 250単位	1割負担	256円/月	専門の研修を受けた看護師が計画的な管理を行った場合に加算されます		
	2割負担	511円/月			
	3割負担	766円/月			
口腔連携強化加算 50単位	1割負担	51円/回	口腔の健康状態の評価を実施し、歯科医療機関又はケアマネに対し評価の結果を情報提供した場合に加算されます		
	2割負担	102円/回			
	3割負担	153円/回			
(その他料金 消費税込)	死後のご遺体のお世話		14,300 円		
	外出の同行 (訪問看護を既利用者)		1時間あたり 8,800 円		

- * 特別管理加算及び緊急時訪問看護加算については、区分支給限度基準額の算定対象外。
- * 区分支給限度基準額を超える場合は、その点数の10割を実費負担とさせていただきます。
- * 介護保険料を滞納されている場合は、負担割合に関係なく10割負担の料金とさせていただきます、その領収金額をサービス提供証明書として発行させていただきます。

8. 交通費

通常の事業の訪問地域については、無料です。

通常の事業の訪問地域以外の方は、その地域から外れた場所から訪問先の距離の実費1km40円(消費税込)が必要です。

9. 料金の支払い時期と支払い方法

利用の当月の料金の合計額を翌月末日までに口座振替か現金でお支払い頂きます。

10. 訪問日の変更について

利用者様側の都合により訪問日の変更をされる場合は、訪問予定の前日までに連絡して頂けるようにお願いします。可能な限り、訪問できるように調整します。

なお、急変された利用者様の方に対する緊急訪問等により、訪問日や訪問時間が変更になることもありますので、ご了承ください。

1 1. 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士の訪問について

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下、理学療法士等という。）による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものです。

理学療法士等が中心に訪問看護を提供する場合は、心身の状況や実施した看護の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成します。訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、心身の状態を適切に評価するため、訪問看護サービスの利用開始時や、心身の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問を行います。

1 2. 損害賠償

利用者に対して、当事業所の責任において賠償すべきことが起こった場合は、利用者に賠償いたします。

1 3. 苦情・相談窓口

次のことについて、ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

- ① 当事業所が提供するサービス内容について
- ② サービスを提供している職員の対応等について

訪問看護ステーションヴォーリズ 所長 岡地 淳子	Tel. 0748-32-1199	Fax. 0748-32-1501
--------------------------	-------------------	-------------------

当初以外でも、ご相談や苦情については、次の窓口があります。

近江八幡市福祉保険部 介護保険課	Tel. 0748-33-3511	Fax. 0748-31-2037
竜王町 福祉課	Tel. 0748-58-3705	Fax. 0748-58-8019
滋賀県国民健康保険団体連合会	Tel. 077-522-2651	Fax. 077-522-2628

1 4. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 岡地 淳子

- ・成年後見人制度の利用を支援します。
- ・苦情解決対策を整備します。
- ・従業員に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者(現に擁護している家族・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は、速やかにこれを市町に通報します。

1 5. 非常災害対策

事業所は、非常災害の発生の際にその事業が継続できるよう、他医療機関や社会福祉施設との連携及び協力を行う体制を構築するよう努めます

1, 自然災害や感染症拡大などの不測の事態に伴い事業所を一時閉鎖や縮小する可能性があります。その際連携をとっている訪問看護ステーションが代わりに訪問することで継続した訪問看護サービスが提供できます。

- ①医療依存度の高い利用者を優先してサービスを提供します
- ②代替事業所が訪問する場合、改めて契約などの手続きが必要です
- ③訪問回数の変更や利用料に変更が生じる場合があります

指定介護予防訪問看護の事業について、本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

年 月 日

事業所 所在地 滋賀県近江八幡市北之庄町492番地

名 称 公益財団法人 近江兄弟社
訪問看護ステーション ヴォーリス

事業者 滋賀県近江八幡市慈恩寺町元11
公益財団法人 近江兄弟社
理事長 三ッ浪 健一

印

説明者 所 属 訪問看護ステーションヴォーリス

氏名

印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受けました。

年 月 日

(本 人)

住所

氏名

印

(代筆者又は成年後見制度の代理人)

住所

氏名

(続柄

)

印