

# 訪問看護・介護予防訪問看護 重要事項説明書

## 1 当法人の概要

- (1) 法人格 生協法人 法人名 尼崎医療生活協同組合  
(2) 法人の所在地 〒661-0033 尼崎市南武庫之荘 11-12-1  
(3) 電話 06-6436-9500 (代表) FAX 06-6436-9511  
(4) ホームページ<http://www.amagasaki.coop/>  
(5) 代表者氏名 理事長 大澤 芳清 設立年月日 1969年9月13日  
(6) 定款の目的に定めた事業  
1. 組合員の疾病を診療する事業  
2. 組合員の生活に有用な共同施設を設置し、組合員に利用せしめる事業  
3. 組合員の疾病予防と健康管理に関する事業  
4. 組合員の衛生知識の普及啓蒙を図る事業  
5. 組合員の健康に関する生活の改善、文化の向上を図る事業  
6. 組合員及び組合従業員の組合業務に関する知識の向上を図る事業  
7. 老人福祉法・老人保健法及び介護保険法のいずれかに基づく老人保健・老人福祉に関する業務  
8. その他これに付随する業務 \*すべての事業は、兵庫県から「員外利用」の許可を受けている  
(7) 営業所等  
尼崎医療生協病院・介護老人保健施設ひだまりの里・萌クリニック・本田診療所・ナニワ診療所  
長洲診療所・東尼崎診療所・潮江診療所・あおぞら生協クリニック・生協歯科  
訪問看護ステーション菜の花・訪問看護ステーションすずらん・訪問看護ステーションはるかぜ  
尼崎市「中央西」地域包括支援センター・尼崎市「立花北」地域包括支援センター

## 2 事業所の概要

- (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

|           |                |          |                  |   |   |   |   |   |   |   |  |
|-----------|----------------|----------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 事業所名      | 訪問看護ステーションすずらん | 所在地      | 尼崎市大庄西町2丁目29番15号 |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 電話番号      | 06-6414-3581   | FAX番号    | 06-6414-3582     |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 介護保険事業所番号 | 2              | 8        | 6                | 3 | 0 | 9 | 0 | 1 | 5 | 1 |  |
| 開設年月日     | 1998年4月1日      | サービス提供地域 | 尼崎市              |   |   |   |   |   |   |   |  |

- (2) サービスの提供時間

|     |                    |     |             |
|-----|--------------------|-----|-------------|
| 営業日 | (月)～(金) 9:00～17:00 | 休業日 | 日曜日、国民の祝日   |
| 時間  | (土) 9:00～13:00     |     | 12月30日～1月3日 |

- (3) 当事業所の職員体制

| 職務・職種   | 常勤 | 非常勤 | 職員数 | 常勤換算数 |
|---------|----|-----|-----|-------|
| 管理者・看護師 | 1名 | —   | 1名  | 1     |
| 保健師     | —  | —   | —   | —     |
| 看護師     | 5名 | 5名  | 10名 | 8.8   |
| 理学療法士   | —  | 2名  | 2名  | 0.3   |
| 作業療法士   | —  | 1名  | 1名  | 0.1   |
| 事務      | —  | 2名  | 2名  | 1.8   |

## 3 運営方針

- ご利用者が安心して居宅で療養生活を送り、可能な限り自立した生活を営めるよう配慮し、心身機能の回復、維持、悪化予防が出来るように支援します。
- 利用者様の意思及び人格を尊重し、ご利用者の立場に立ったサービス提供に努めます。
- 市町村・関係機関・他事業所等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4 サービス提供の手順

- かかりつけ医へ訪問看護指示書を依頼
- ケアマネージャーにケアプランの相談
- ご希望を確認し看護計画を作成し同意を得る
- 計画に沿ってサービス提供

☆訪問は担当制ではなく複数名の看護師が交代で行います。

訪問状況については、かかりつけ医、ケアマネージャーに報告します。

## 5 サービスの内容

- 病状観察
- 主治医の指示による医療処置
- 保清
- 苦痛の緩和と痛みのコントロール
- 床ずれ予防と処置
- カテーテル等の管理
- リハビリ
- 排泄コントロール
- 食事のアドバイス
- 身元引受人等への介護支援や相談

## 6 サービス内容の記録の作成・保管

サービス提供時には記録作成し、その記録は完結日から5年間保存します。ご利用者、身元引受人が記録の閲覧・謄写を求めた場合、必要な手続きの上、実費により写しの交付が可能です。

## 7 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護、虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。また、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ています。虐待防止に関する責任者を選定し、成年後見制度の利用を支援、苦情解決体制を整備、従業者に対する虐待防止を啓発普及するための研修を定期的に行っています。

\*虐待防止に関する責任者：所長 井上 操

## 8 身元引受人への連絡

ご利用者、身元引受人のご希望がある場合、ご利用者へ連絡すると同様に身元引受人にも行います。

## 9 緊急時の対応方法

状態変化等があった場合は、必要に応じて臨時訪問し、主治医の指示を受けて速やかに必要な対応をします。また、身元引受人、ケアマネージャー等へ連絡します。

## 10 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、身元引受人、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡し必要な措置を講じます。また、ご利用者に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償いたします。当事業所は三井住友海上火災保険に加入しています。利用者の責任に帰すべき事由によって、当事業所が損害を被った場合、利用者及び身元引受人は連帯して、当事業所に対してその損害を賠償するものとします。

## 11 事業継続計画（BCP）について

感染症や災害発生時において、サービスの提供の継続と早期の業務再開を図るための事業継続計画（BCP）を策定しています。その計画に従い必要な措置を講じます。優先度によりサービスを中止、延期、調整させていただきます。

## 12 サービス内容に関する苦情

提供したサービスに対して不満や苦情がある場合には、サービス提供時間に次の窓口までお申し付け下さい。

### ① 当事業所のお客さま相談・苦情窓口

|         |             |
|---------|-------------|
| 苦情窓口担当者 | 所長 井上 操     |
| 解決責任者   | 介護事業部 近沢 秀夫 |

### ② 当事業所以外に、お住まいの市町村及び兵庫県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口もあります。

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 尼崎市健康福祉局介護保険事業担当               | 〒660-8501<br>尼崎市東七松町1-23-1 TEL (06) 6489-6376  |
| 兵庫県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス苦情相談窓口 | 〒650-0021 神戸市中央区三宮町1-9-1-1801<br>相談時間：9:00～17:00 相談日：月曜日から金曜日<br>TEL (078) 332-5617 Fax (078) 332-5650 |

## 13 利用料金

- (1) 利用料 介護保険サービスを利用した場合のご利用者が負担する利用料は、原則として  
①基本料金②付加料金を合計した額の1～3割となります。(②付加料金については、該当となる場合にのみ加算されます。) また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は10割負担となります。

|   |                |                  |                  |                  |  |
|---|----------------|------------------|------------------|------------------|--|
| ①【基本料金：介護】 ※ 記載は1割の場合 2割、3割負担の方は記載額の2倍ないし3倍 |                |                  |                  |                  |  |
|   |                | 20分未満（注）         | 30分未満            | 30分以上1時間未満       | 1時間以上1時間30分未満                            |
| 要支援   | 看護師<br>（自己負担）  | 3,242円<br>（325円） | 4,825円<br>（483円） | 8,495円<br>（850円） | 11,663円<br>（1,167円）                      |
|   | 准看護師<br>（自己負担） | 上記 90/100        |                  | 上記 90/100        | 上記 90/100                                |
|   | 理学療法士          | 20分              | 3,038円<br>（304円） | 40分              | 6,077円<br>（608円）                         |
|   |                |                  |                  |                  | 12か月経過後は<br>20分15単位減算<br>40分5,756円(576円) |
| 要介護   | 看護師<br>（自己負担）  | 3,359円<br>（336円） | 5,039円<br>（504円） | 8,806円<br>（881円） | 12,069円<br>（1,207円）                      |
|   | 准看護師<br>（自己負担） | 上記 90/100        |                  | 上記 90/100        | 上記 90/100                                |
|   | 理学療法士          | 20分              | 3,145円<br>（315円） | 40分              | 6,291円<br>（630円）                         |

（注）20分未満の訪問は、短時間かつ頻回な医療処置等が必要な場合に、20分以上（30分未満以上）の訪問看護を週1回以上行ったうえで、ケアプランに計画された場合に実施します。

|                                 |                  |       |                         |                  |                |
|---------------------------------|------------------|-------|-------------------------|------------------|----------------|
| ②【加算料金】 ※ 2割、3割負担の方は記載額の2倍ないし3倍 |                  |       |                         |                  |                |
| 加算                              | 項目               |       | 料金                      |                  | 備考             |
|                                 | サービス提供体制強化加算（イ）  |       | 64円〈7円〉／回加算             |                  | 勤続7年以上の者が30%以上 |
|                                 | サービス提供体制強化加算（ロ）  |       | 32円〈4円〉／回加算             |                  | 勤続3年以上の者が30%以上 |
|                                 | 看護体制強化加算         | 要支援   | 1,071円（107円）／月加算        |                  | 事業所が要件を満たした場合  |
|                                 |                  | 要介護   | I                       | 5,885円（589円）／月加算 |                |
|                                 |                  |       | II                      | 2,140円（214円）／月加算 |                |
|                                 | 特別管理加算           | I     | 5,350円〈535円〉／月加算        |                  | *注1            |
|                                 |                  | II    | 2,675円〈268円〉／月加算        |                  |                |
|                                 | 初回加算             | I     | 3,745円（375円）／月加算        |                  | *注2            |
|                                 |                  | II    | 3,210円（321円）／月加算        |                  |                |
|                                 | 長時間訪問看護加算        |       |                         | 3,210円〈321円〉／回加算 | *注3            |
|                                 | 緊急時訪問看護加算        | I     | 6,420円〈642円〉／月加算        |                  | *注4            |
|                                 |                  | II    | 6,141円〈615円〉／月加算        |                  |                |
|                                 | 夜間加算（午後6時～午後10時） |       |                         | 所定料金の25／100加算    | *注5            |
|                                 | 早朝加算（午前6時～午前8時）  |       |                         | 所定料金の25／100加算    | *注5            |
|                                 | 深夜加算（午後10時～午前6時） |       |                         | 所定料金の50／100加算    | *注5            |
|                                 | 複数名訪問加算          | 30分未満 | 2,717円〈272円〉／回加算        |                  | *注6            |
|                                 |                  | 30分以上 | 4,301円〈431円〉／回加算        |                  |                |
|                                 | 退院時共同指導加算1       |       |                         | 6,420円（642円）／回加算 | *注7            |
|                                 | 看護・介護職員連携強化加算    |       |                         | 2,675円（268円）／月加算 | *注8            |
| 専門管理加算                          |                  |       | 2,675円（268円）／月加算        | *注9              |                |
| 口腔連携強化加算                        |                  |       | 535円（54円）／月加算           | *注10             |                |
| ターミナルケア加算（介護予防は算定不可）            |                  |       | 26,750円〈2,675円〉 加算（死亡月） |                  |                |

注1：特別管理とは次のような状態の方を看護する場合

- (I) 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射管理又は在宅強心剤持続投与指導管理、若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態
- (II) 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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態、真皮を超える褥瘡の状態、点滴注射を週3日以上行う必要があると認められた状態

注2：初回加算とは次のような状態の方を看護する場合

- (I) 新規に訪問看護を開始する利用者、病院、診療所等から退院した日に指定訪問看護事業所の看護師が初回の指定訪問看護を行った場合
- (II) 新規に訪問看護を開始する利用者、過去2ヶ月間に訪問を受けていない状態の利用者に訪問する場合、要支援から要介護に介護度が変わった利用者に訪問看護計画書を作成した場合

注3：長時間訪問看護加算とは、特別管理加算の対象者について、90分以上の訪問看護を実施した場合

注4：緊急時訪問看護加算とは24時間を携帯電話で対応し、電話相談や緊急訪問ができる体制にある場合

- (I) 緊急時訪問における看護業務の負担軽減の体制を取っている事業所。
- (II) (I) 以外の場合。

注5：1ヶ月の2回目以降の緊急訪問が、夜間・早朝・深夜の場合

注6：複数名訪問加算とは、同時に2人の職員が1人の利用者に対し訪問看護を行った場合

注7：退院時共同指導加算とは、病院・老人保健施設に入院又は入所中の方に対し、在宅生活に必要な指導を主治医等と連携して行った場合。特別管理加算対象者は月2回までを限度に加算

注8：看護・介護職員連携強化加算とは、訪問介護事業所と連携し、痰の吸引等（※）が必要な方に係る計画の作成や、訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合（※とは 口腔・鼻腔・気管カニューレ内の喀痰吸引、胃ろう・腸ろうによる経管栄養及び経鼻栄養）

注9：緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る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

注10：口腔の健康状態を評価し、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価結果を情報提供した場合

- (2) 料金の支払方法：基本、口座自動引き落とし（自動振替のご案内参照）現金集金は要相談
- (3) 交通費 尼崎市内は無料です。それ以外の地域の方は、訪問するための交通費の実費が必要です。
- (4) キャンセル料 キャンセルが必要となった場合、至急ご連絡ください。ご利用の12時間前までにご連絡がなかった場合は当該基本料金の50%いただくことがあります。

#### 14 契約外条項

- (1) この契約及び介護保険制度の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。
- (2) この契約書は、介護保険制度に基づくサービスを対象としたものになり、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。（例・・・自費訪問看護も相談に応じます。30分4500円）

#### 15 その他

- ・ 訪問看護は、医師の指示に基づいてサービスを提供いたします。
- ・ 職員によるサービス提供契約の実施以外の営利行為、及び宗教勧誘を禁止しています。
- ・ サービス担当者は身分証明証を携行し、初回訪問時及びご利用者又は身元引受人から求められた際は提示を行います。
- ・ 重要事項の料金改定等の変更があった場合は、書面にて交付、説明を行い、ご利用者もしくは身元引受人の確認を行います。

当事業者は、訪問看護・介護予防訪問看護事業者として重要事項説明書を説明しました。

|     |           |     |   |
|-----|-----------|-----|---|
| 管理者 | 所長 井上 操 印 | 説明者 | 印 |
|-----|-----------|-----|---|

私は、以上の重要事項説明書の内容について説明を受け、内容を確認いたしました。  
私は、この重要事項で確認する訪問看護・予防訪問看護の利用を申し込みます。  
年 月 日

|             |   |           |       |
|-------------|---|-----------|-------|
| 利用者<br>氏名   | 印 | 代筆者<br>氏名 | (続柄 ) |
| 身元引受人<br>氏名 | 印 |           |       |