

# 「訪問看護」重要事項説明書

## 1. ステーションの概要

・名称	訪問看護ステーションアルク今治
・開設年月日	令和7年 2月1日
・所在地	今治市北鳥生町四丁目6番15号
・電話番号	0898-35-5902
・ファックス番号	0898-35-5903
・管理者名	加納 由美
・介護保険事業所指定番号	( 3860293228 号)

## 2. 事業の目的

株式会社 イクシオ が開設する 訪問看護ステーションアルク今治 (以下「ステーション」という。) が行う指定訪問看護事業 (以下「事業」という。) の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、ステーションの看護師、その他の従業者 (以下「看護師等」という。) が、要介護等の状態であり、主治の医師が指定訪問看護の必要性を認めた利用者に対して、住み慣れた地域社会で可能な限り、その居宅において療養が出来るように医学的管理のもとに医療保険各法 (指定訪問看護) 及び介護保険法の趣旨に従って、看護、リハビリテーションを提供し、在宅医療の積極的推進を図ることを目的とします。

## 3. 運営の方針

- (1) 指定訪問看護は利用者の要介護状態の軽減もしくは悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとします。
- (2) 自ら提供する指定訪問看護の質の評価を行い、常にその改善を図るものとします。
- (3) 指定訪問看護の提供に当たっては、主治の医師との密接な連携及び訪問看護計画書に基づき、利用者の心身機能の維持回復を図るよう、妥当適切に行います。
- (4) 指定訪問看護の提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上の必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。
- (5) 指定訪問看護の提供に当たっては、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって行います。
- (6) 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。
- (7) 関係市町、医療・福祉サービス等との連携を密にし、利用者に快適な生活環境を用意できるように努めます。

## 4. サービス内容

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

尚、日程等につきましては、居宅介護支援事業者が作成したサービス提供票によります。

## 5. 営業日及び営業時間

### (1) 営業日

月曜日から金曜日までとします。

(但し、国民の祝日及び1月30日から1月3日までは除く。)

※土・日曜日、祝日は別途相談の上対応が可能です。

### (2) 営業時間

月曜日から金曜日 午前8時30分から午後5時30分です。

尚、通常の営業日、営業時間外のご希望についても、別途相談の上対応可能です。

緊急時は、24時間対応致します。

早朝・夜間・深夜訪問については加算を頂きます。

## 6. 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、今治市(島しょ部は大島、伯方島、大三島とする。)です。

尚、通常の事業の実施地域以外のご希望についても、対応致します。

## 7. ステーションの職員体制

管理者 常勤1名

看護職員 2.5名以上(常勤換算) ※うち、1名以上は常勤

理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士 1名以上

## 8. 利用料金

(下記は介護保険負担割合証が1割の方の料金です。その他の方は、利用者負担割合(2割もしくは3割)による料金となります。)

(1)	所要時間 20分未満の場合	314 円
(2)	所要時間 30分未満の場合	471 円
(3)	所要時間 30分以上1時間未満の場合	823 円
(4)	所要時間 1時間以上1時間30分未満の場合	1,128 円
(5)	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問看護 所要時間 1回あたり20分以上	294 円
(6)	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 1月につき	2,961 円
(7)	指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合 1月につき(要介護5の場合)	3,761 円

- ・ 所要時間は、実際に要した時間ではなく、訪問看護計画に位置付けられた内容を行うのに要する標準的な時間で所定単位数を算定します。
- ・ 訪問看護ステーションの看護師が指定訪問看護を行った場合は上記(1)～(4)です。
- ・ 准看護師が訪問看護を行った場合は、所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定します。
- ・ 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合の料金は、上記(5)です。1日に2回を超えて指定訪問看護を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定します。1週間に6回を限度に算定します。
- ・ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている

場合又は特定の加算を算定していない場合、1回につき8円減算します。

- ・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士による訪問は、その訪問が看護業務の一環として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行うものです。そのため、リハビリのみの利用であっても、利用者様の心身の状態を評価する観点から、初回の訪問は看護職員が行うことを原則とします。また、利用開始後も適切な利用者様の心身の状態の評価のため、概ね3カ月に1回程度、看護職員が訪問させて頂きます。

#### 【加算について】

- ・緊急時訪問看護加算(I)は、600円／月です。
- ・特別管理加算は、特別管理加算(I)500円／月、特別管理加算(II)250円／月です。  
※下記参照。
  - ・初回加算(I)350円／月、初回加算(II)300円／月です。
  - ・退院時共同指導加算は600円／回です。
  - ・看護・介護職員連携強化加算は250円／月です。
  - ・ターミナルケア加算は、2500円（死亡月）です。
  - ・口腔連携強化加算は、50円／回です。
  - ・遠隔死亡診断補助加算は、150円です。
  - ・専門管理加算は、250円／月です。
  - ・中山間地域等への訪問看護提供加算は、利用料金に5%加算です。
  - ・夜間(18時～22時)、早朝(6時～8時)の場合は、利用料金に25%加算、深夜(22時～翌6時)の場合は50%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(利用者の身体的理由により1人の看護師による訪問看護が困難と認められる場合等)、30分未満254円／回、30分以上402円／回加算です。  
看護師等と看護補助者(訪問看護を担当する看護師の指導の下に、療養生活上の世話(食事、清潔、排泄、入浴、移動等)の他、居室内の環境整備、看護用品及び消耗品の整理整頓といった看護業務の補助を行う者)が同時に訪問看護を行う場合、30分未満201円／回、30分以上317円／回加算です。
  - ・指定定期巡回・隨時対応型訪問介護看護事業所と連携して指定訪問看護を行う場合に特別指示にて医療保険での訪問をした期間 1日97円の減算です。

特別管理加算(I) 500単位／月	特別管理加算(II) 250単位／月
在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態	在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理
在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態	在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理
在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態	在宅成分栄養経管栄養法指導管理
在宅気管切開患者指導管理を受けている状態	在宅自己導尿指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理
気管カニューレを使用している状態	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
留置カテーテルを使用している状態	在宅肺高血圧症患者指導管理 人工肛門または人工膀胱を設置している状態 真皮を越える褥瘡の状態 点滴注射を週3日以上行う必要があると認められる状態

- ・通常の事業の実施地域を越えて訪問した場合には、その通常の事業の実施地域を越えた地点から自宅までの交通費の実費をご負担頂きます。なお、自動車を使用した場合の交

通費は、次の額を頂きます。

- ※通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道1キロメートル毎 30円  
・ 死後の処置料は、13,500円（税抜）です。

## 9. 支払方法

- (1) 前月料金の合計額を、その月の20日までにお支払い下さい。確認後、領収証を発行致します。
- (2) お支払方法は、現金、口座振替、もしくは口座振り込み（その場合の手数料は利用者様負担となります。）にてお願い致します。

## 10. 記録の整備

- 1 ステーションは、利用者の指定訪問看護の提供に関する諸記録を作成し、その記録を次に掲げる記録と共にそのサービスの完結日より5年間保管する。
  - (1) 管理に関する記録
    - ① 業務日誌
    - ② 看護師等の勤務状況、給与、研修等に関する記録
    - ③ 月間及び年間の事業計画表及び事業実施業況表
  - (2) 市町等との連絡調整に関する記録
  - (3) 指定訪問看護に関する記録
    - ① 訪問記録
    - ② 指示書、訪問看護計画書及び訪問看護報告書
    - ③ 市町に対する情報提供書
  - (4) 会計経理に関する記録
  - (5) 設備及び備品等に関する記録
  - (6) 苦情の内容等の記録
  - (7) 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録
- 2 ステーションは、利用者が前項の記録の閲覧、贈与を求めた場合には、原則として、これに応じます。但し、利用者の家族及びその他の者（利用者の代理人を含む。）に対しては、利用者の承諾、その他必要と認められる場合に限り、これに応じることとします。

## 11. 事故発生時の対応について

指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町、当該利用者の家族、当該利用者にかかる居宅介護支援事業者等に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、その内容・経過等を記録に残し、損害賠償を速やかに行うように致します。

## 12. 要望及び苦情等の相談

- ・サービスについての要望や苦情などは、お気軽にご相談ください。

苦情相談担当者 加納 由美

月曜日から金曜日（祝日を除く） 8時30分～17時30分

連絡先 TEL 0898-35-5902

FAX 0898-35-5903

苦情又は相談があつた場合は、利用者の状況を詳細に把握するために、必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや状況の確認を行います。

- ・相談担当者は、把握した状況について、事業所スタッフで構成する苦情処理・ヒヤリハット委員会に報告を行い、時下的対応を決定します。

- ・ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する内容も、その旨を翌日までには連絡します。)そして、その意見をまとめて苦情処理・ヒヤリハット委員会へ報告します。
- ・ 必要時には、担当介護支援専門員を始め、その他の事業者の管理者にあてて、苦情内容の報告を迅速に行うとともに、その対応を行います。なお再度、サービス担当者会議等での報告を行い、再発防止の対応方針を協議します。
- ・ 対応記録を苦情処理簿として管理し、再発防止に努めます。
- ・ 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てが出来ます。

今治市役所 介護保険課	所在地 今治市別宮町1丁目4番地1 TEL:0898-36-1526	月～金曜日(祝日、12月29日 ～1月3日を除く) 8時30分～17時15分
愛媛県国民保険団体連合会	所在地 松山市高岡町101-1 TEL:089-968-8700	月～金曜日(祝日、12月29日 ～1月3日を除く) 8時30分～17時15分

### 13. 虐待防止等について

ステーションは、利用者的人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講じるものとします。

- (1) 虐待防止のための対策を検討する虐待防止・身体拘束等適正化委員会（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。）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の整備
- (3) 成年後見制度の利用を支援します。
- (4) 従業者に対し虐待を防止するための定期的な研修の実施
- (5) その他、利用者的人権の擁護、虐待の防止等のために必要な措置
- (6) サービス提供中に事業所従業者又は養護者（利用者の家族等利用者を現に擁護する者）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等に通報するものとします。
- (7) 前6号に掲げる措置を適切に実施するための担当者の設置  
担当者：管理者 加納 由美

### 14. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為、次の事項にご留意ください。

- (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出来ませんのでご了承ください。
- (2)看護師等は、介護保険制度上、利用者の心身の機能の維持回復のために、療養上の世話や診療上の補助を行うこととされています。
- (3)看護師等は、利用者以外の同居の家族の方に対する指定訪問看護サービスは行えません。
- (4)看護師等に対する贈り物や飲食等のおもてなしは、固くお断りいたします。
- (5)サービス提供予定日に体調不良及び私用等によりサービス提供が受けられない場合は、サービス開始予定時間までにステーションへご連絡下さい。

## 個人情報の利用同意書

訪問看護ステーションアルク今治

私及び私の家族は、指定訪問看護の利用にあたり、介護サービス事業者等に貴ステーションの職員が、サービス担当者会議・カンファレンスで私及び家族の介護、病歴、連絡先等の個人情報を提供することに同意します。

但し、下記の項目については、情報提供を行わない、提供前に事前了承を得るように求めます。

情報提供を行わない制限を求める内容

--

令和　　年　　月　　日

利用者　　住 所

氏 名

家族代表者　住 所

氏 名

続柄 ( )