

# 重要事項説明書

## <訪問看護>

合同会社 瑠璃(るり)

花あかり訪問看護ステーション

## 訪問看護重要事項説明書

＜令和6年10月1日現在＞

### 1, 事業所の概要

|             |                                             |
|-------------|---------------------------------------------|
| 事業所名        | 合同会社瑠璃（るり） 花あかり訪問看護ステーション                   |
| 所在地         | 群馬県渋川市有馬 480-1 上毛有馬ハイツ A105                 |
| 管理者名        | 齊田 真澄                                       |
| 連絡先         | Tel 0279-26-9471 fax 0279-26-9472           |
| 介護保険事業所番号   | 1060890157                                  |
| サービスを提供する地域 | 渋川市、吉岡町、榛東村、前橋市<br>(上記以外の方でも、ご希望の方はご相談ください) |

### 2, 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業の目的

利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した在宅療養を営むことができるよう、療養生活を支援し、心身の機能の維持回復、生活の質の向上を目指すことを目的とします。

#### (2) 運営方針

事業の運営に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、統合的なサービスの提供に努めるものとする。

### 3, 事業所の職員体制

|      | 資格    | 常勤 | 非常勤 | 計  |
|------|-------|----|-----|----|
| 管理者  | 看護師   | 1名 |     | 1名 |
| 看護職員 | 看護師   | 2名 | 1名  | 3名 |
| その他  | 理学療法士 | 1名 |     | 1名 |
|      | 作業療法士 |    | 1名  | 1名 |
|      | 言語聴覚士 |    | 1名  | 1名 |
| 事務職員 |       |    |     |    |

### 4, サービス提供時間帯

|          |                    |
|----------|--------------------|
| 営業日・営業時間 | 月曜日～土曜日 8:30～17:30 |
| 休業日      | 日曜日・1月1日           |

### 5, 利用者負担金 <<別紙参照>>

・介護保険訪問看護費

6, サービス内容

- (1) 療養生活や、介護方法についての相談
- (2) 食事・入浴・排泄などの日常生活のお世話
- (3) リハビリテーション
- (4) 床ずれなどの手当て・医療機器やカテーテルの管理
- (5) 病気に対する専門的な看護
- (6) その他

7, 緊急時における対応方法

サービス提供中に容態の急変などがあった場合は、下記の主治医、ご家族の他に、救急隊、その他関係機関に連絡いたします。

『緊急時のご連絡先』

|     |     |  |
|-----|-----|--|
| 主治医 | 病院名 |  |
|     | 主治医 |  |
|     | 連絡先 |  |

|     |     |  |
|-----|-----|--|
| ご家族 | 氏名  |  |
|     | 連絡先 |  |
|     | 住所  |  |

8, 苦情窓口

[苦情・相談窓口]

- ・当事業所      Tel   0 2 7 9 - 2 6 - 9 4 7 1  
                    齊田   真澄
- ・公的機関窓口  
市町村介護保険担当窓口  
前橋市   0 2 7 - 2 2 4 - 1 1 1 1  
渋川市   0 2 7 9 - 2 2 - 2 1 1 1  
吉岡町   0 2 7 9 - 5 4 - 8 2 2 5  
榛東村   0 2 7 9 - 5 4 - 8 2 2 5
- ・群馬県国民健康保険団体連合会   0 2 7 - 2 9 0 - 1 3 2 3

## 9、個人情報の保護

- ・当事業者は、サービスを提供する際に知り得た利用者及びご家族に関する情報を正当な理由無く第三者には漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- ・当事業所は、サービス担当者会議等における個人情報は、あらかじめ同意の上で使用します。

### ＜使用目的＞個人情報の利用目的について

当事業所は、ご利用者の個人情報を提示している目的（下記参照）で利用させていただきます。これら以外の利用目的で使用する必要がある場合は、改めてご利用者の同意をいただくようにします。

訪問看護を実施するため、下記の範囲で個人情報を利用させていただきます。

#### ○訪問看護ステーション内での利用

- ・ご利用に提供する訪問看護サービス（計画・報告・連絡・相談等）
- ・介護保険請求等の事務
- ・会計・経理等の事務
- ・事故等の報告・連絡・相談
- ・ご利用者への看護サービスの質向上（ケア会議、研修等）
- ・その他、ご利用者に関わる事業所の管理運営業務

#### ○他の事業者等への情報提供

- ・主治医の所属する医療機関、連携医療機関、ご利用者に居宅サービスを提供する居宅サービス事業者や居宅介護支援事業者との連携、照会への回答
- ・その他の業務委託
- ・家族等介護者への心身の状況説明
- ・介護保険事務の委託
- ・審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・損害賠償保険などに関わる保険会社等への相談又は届出等

#### ○その他上記以外の利用目的

- ・看護サービスや業務の維持。改善のための基礎資料
- ・訪問看護ステーション内で行われる学生の実習への協力
- ・学会等での発表（原則、匿名化。匿名化が困難な場合は、利用者の同意を得ます）

## 10、提供するサービスの第三者評価の実施状況

- ・未実施

## 11、災害時の訪問について

地震、台風、大雪等の自然災害時、職員の身の安全が確保されない場合、またはそれが予測される場合には、予定通りの訪問看護サービスを提供できない場合があります。

## 1 2、暴言・暴力・迷惑行為について

当ステーションでは、一人ひとりの利用者様に良質な医療の提供を目指し、職員一同、利用者様の「安心」「満足」が得られるよう日々取り組んでおります。この取り組みには利用者様・ご家族様とステーション職員のパートナーシップが重要となるため、利用者様、ご家族様の声に耳を傾けながら改善すべき点は速やかに改善すべく努力しています。

一方、近年では職員に対する暴言や暴力、迷惑行為が各地で問題となっており、当ステーションでは職員を守り、安全な職場環境を維持するため、積極的な予防活動を行うと共に、万が一被害が生じても影響を最小限に抑える取り組みを行っています。

訪問に関わる状況において以下のような暴言・暴力・迷惑行為があった場合は訪問中止や終了を命ずる、また、状況によっては警察に通報する場合がありますので、あらかじめご了承くださいと共に、ご理解とご協力をお願いいたします。

1. 大声や奇声、暴言または脅迫的な言動により、職員に迷惑や恐怖感をあたえること  
(個人の尊厳や人格を傷つけるような行為も含む)
2. 職員に対して殴りかかるなどの暴力行為、もしくはその恐れがある場合
3. 解決しがたい要求を繰り返し行い、職員の業務を妨害すること  
訪問看護に支障をきたす行為
4. 職員への故意的な接触、卑劣な言動、公然わいせつ、ストーカー行為
5. 職員の指示に従わない行為(訪問中の飲酒・喫煙・刃物を持つなど)訪問看護業務に支障をきたす行為
6. 謝罪や土下座、謝罪文書を要求すること
7. 訪問看護職員が持参した医療器材の無断使用、または器物破損行為
8. その他、迷惑と判断できる行為および訪問看護業務に支障をきたす行為

※認知症による周辺症状、せん妄からの暴言や暴力に関しては認知症ケアチームが適切に対応いたします。

**【上記内容は暴力被害から医療従事者を守る法律を元に作成しております】**

## 1 3、業務継続計画について

事業所は感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)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。

- (1) 事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修および訓練を定期的実施します。
- (2) 事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。

#### 1 4, 高齢者虐待防止について

虐待の発生または再発を防止するために以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果の周知を行います。
- (2) 虐待の防止のための指針の整備を行います。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施します。
- (4) 適切に措置を実施するための担当者を設置します。

#### 1 5, 身体拘束について

利用者または他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないこととし、身体的拘束を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

# 【介護保険 訪問看護単位数表】

利用料は下記の通りとなります。

|       |                                   |                  | 単位数     |
|-------|-----------------------------------|------------------|---------|
| 基本療養費 | 看護師の場合                            | 20分未満            | 314単位   |
|       |                                   | 30分未満            | 471単位   |
|       |                                   | 30分以上1時間未満       | 823単位   |
|       |                                   | 1時間以上1時間30分未満    | 1,128単位 |
|       | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問の場合           | 1回20分以上（週6回まで）※1 | 294単位   |
|       |                                   |                  |         |
|       |                                   |                  |         |
|       |                                   |                  |         |
|       | 夜間（午後6時～午後10時）☆<br>早朝（午前6時～午前8時）☆ | 20分未満            | 391単位   |
|       |                                   | 30分未満            | 588単位   |
|       |                                   | 30分以上1時間未満       | 1,026単位 |
|       |                                   | 1時間以上1時間30分未満    | 1,406単位 |
|       | 深夜（午後10時～午前6時）☆                   | 20分未満            | 470単位   |
|       |                                   | 30分未満            | 705単位   |
|       |                                   | 30分以上1時間未満       | 1,232単位 |
|       |                                   | 1時間以上1時間30分未満    | 1,688単位 |

|    |                                              |           |                |
|----|----------------------------------------------|-----------|----------------|
| 加算 | 初回加算Ⅰ                                        |           | 350単位          |
|    | 初回加算Ⅱ                                        |           | 300単位          |
|    | 退院時共同指導加算                                    |           | 600単位          |
|    | 看護体制強化加算（Ⅰ）                                  | 月1回       | 550単位          |
|    | 看護体制強化加算（Ⅱ）                                  | 月1回       | 200単位          |
|    | 口腔連携強化加算                                     | 月1回       | 50単位           |
|    | サービス提供体制強化加算（Ⅰ）<br>（看護師のうち勤続7年以上の者の割合が30%以上） |           | 6単位            |
|    | サービス提供体制強化加算（Ⅱ）<br>（看護師のうち勤続3年以上の者の割合が30%以上） |           | 3単位            |
|    | 複数名訪問看護加算Ⅰ<br>（2人の看護師が同時に行う場合）               | 所要時間30分未満 | 254単位          |
|    |                                              | 所要時間30分以上 | 402単位          |
|    | 複数名訪問看護加算Ⅱ<br>（看護師と看護師補助が同時に行う場合）            | 所要時間30分未満 | 201単位          |
|    |                                              | 所要時間30分以上 | 317単位          |
|    | 1時間30分以上※2                                   | 1回につき     | 300単位          |
|    | 中山間地域等提供加算                                   | 基本料金に     | 5/100乗じる       |
|    | 緊急時訪問看護加算Ⅰ                                   | 月1回       | 600単位          |
|    | 緊急時訪問看護加算Ⅱ                                   |           | 574単位          |
|    | 特別管理加算（Ⅰ）※3                                  | 月1回       | 500単位          |
|    | 特別管理加算（Ⅱ）※4                                  |           | 250単位          |
|    | 専門管理加算※5                                     | 月1回       | 250単位          |
|    | ターミナルケア加算                                    | 死亡月       | 2,500単位        |
|    | 遠隔死亡診断補助加算                                   |           | 150単位          |
|    | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の訪問回数が<br>看護職員の訪問回数を超えている場合 |           | 1回につき<br>8単位減算 |

その他

|       |         |
|-------|---------|
| 死後の処置 | 10,000円 |
|-------|---------|

地域区分が7級地につき、1単位当たりの単価が「10.21円」となります。

(基本療養費単位+加算単位)×10.21円×1割から3割=利用者負担金額

☆ 緊急時訪問看護加算算定者は、2回目以降から算定。

※1 1日に2回を超えて訪問を行う場合、1回につき所定単位数に90/100を乗じた単位数で算定。

20分未満2回の場合 294単位×2回=588単位

20分未満3回の場合 294単位×90%×3回=794単位

※2 特別管理加算を算定している場合のみ

※3 在宅悪性腫瘍患者指導加算、在宅気管支切開患者加算、気管カニューレ・留置カテーテルを使用している状態

※4 ※3を除く、在宅酸素・透析・人工肛門・褥瘡等

※5 緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケア、特定行為研修を受けた看護師によるケア

※6 20分未満2回の場合 (294単位-8単位)×2回=572単位

20分未満3回の場合 (294単位-8単位)×90%×3回=772単位

## 同意書

私は、担当者より重要事項説明書について説明を受けました。  
この内容について同意します。

令和      年      月      日

利用者      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (本人との関係 \_\_\_\_\_)

代理人      住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (本人との関係 \_\_\_\_\_)

花あかり訪問看護ステーション      印

説明者 \_\_\_\_\_ 印