



医療法人
ゆりかご

訪問看護ステーションゆりかご

— 重要事項説明書 —

利用者： _____ 様

訪問看護重要事項説明書〔令和5年7月1日現在〕

1 当事業所が提供するサービスについての相談・苦情などの窓口

事業所名：訪問看護ステーションゆりかご TEL：0265-82-5515

担当 中原 知名美

重要事項説明者

高木 基幸

※ご不明な点は、何でもお尋ねください。

2 事業所の概要

(1) 事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	訪問看護ステーションゆりかご
所在地	長野県駒ケ根市赤穂1304-2
介護保険指定番号	訪問看護 (長野県 2061090045号)
サービス提供地域	駒ケ根市、伊那市、宮田村、南箕輪村、飯島町、高森町 ※こちらの地域以外の方でもご相談ください。

(2) 営業時間

月 ～ 日	8:30 ～ 17:30
-------	--------------

(3) 職員体制

	資 格	常 勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名	名	1名
看護師	看護師	1名	5名	6名
准看護師	准看護師	名	3名	3名

(4) 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、ご利用者様またはその委任を受けたご家族様もしくは代理人は、所定の申請書を提出することにより上述の文書を閲覧することができます。

3 事業の目的、運営方針

<事業の目的>

要介護状態と認定されたご利用者様に対して、看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様が有する能力に応じ、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。

<運営の方針>

24時間体制で、ご利用者様の心身の状態に応じた適切なサービスを提供します。事業の実施に当たっては、人員の確保、教育指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重し、地域の保健医療、福祉との連携のもと総合的なサービスの提供に努めます。

4 利用料金（令和3年 4月 1日現在）

（1）①利用料（看護師・准看護師による訪問）

所要時間	基本料金	夜間・早朝料金	深夜料金
20 分未満	3 1 4 円	基本金額に 25%を加算	基本金額に 50%を加算
30 分未満	4 7 0 円		
30 分以上 1 時間未満	8 2 1 円		
1 時間以上 1 時間 30 分未満	1, 1 2 5 円		

※准看護師が訪問看護を行う場合、1 回につき所定算定単位数に 90/100 乗じた単位数（円）を算定する

②利用料（PT、OT、ST による訪問）

所要時間	基本料金	夜間・早朝料金	深夜料金
一回につき	2 9 4 円	基本金額に 25%を加算	基本金額に 50%を加算

1 日に 2 回を超えて PT、OT、ST による訪問看護を行う場合、1 回につき所定単位数に 90/100 乗じた単位数（円）の算定となります。

介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

○その他のサービスの加算・減算料金

項目	単位	基本料金
夜間または早朝の場合	25%を加算	25%を加算
深夜の場合	50%を加算	50%を加算
特別管理加算（Ⅰ）（1 月につき）	500 単位	500 円
特別管理加算（Ⅱ）（1 月につき）	250 単位	250 円
夜間または早朝の場合	25%を加算	25%を加算
深夜の場合	50%を加算	50%を加算
2 人以上により行う場合	（Ⅰ）30 分未満 254 単位	（Ⅰ）254 円
（Ⅰ）看護師等と行う場合	（Ⅰ）30 分以上 402 単位	（Ⅰ）402 円
（Ⅱ）看護補助者と行う場合	（Ⅱ）30 分未満 201 単位	（Ⅱ）201 円
	（Ⅱ）30 分以上 317 単位	（Ⅱ）317 円
1 時間 30 分以上行う場合	300 単位	300 円
特別地域訪問看護加算	15%を加算	15 を加算
中山間地域等の小規模事業所加算	10%を加算	10%を加算
中山間地域等のサービス提供加算	5%を加算	5%を加算
緊急時訪問看護加算 1（1 月につき）	574 単位	① Sta. : 600 円/月 ② 医療機関 : 325 円/月
特別管理加算	（Ⅰ） 500 単位/月 （Ⅱ） 250 単位/月	（Ⅰ） 500 円/月 （Ⅱ） 250 円/月
専門管理加算	250 単位	250 円
ターミナルケア加算（予防はのぞく）	2,000 単位	2500 円
遠隔死亡診断補助加算	150 単位	150 円
初回加算	300 単位/月	（Ⅰ） 350 円/月

		(II) 300 円／月
退院時共同指導加算（1 回につき）	600 単位	600 円
看護・介護職員連携強化加算（予防はのぞく）	250 単位	250 円
看護体制強化加算 （Sta.と医療機関）	(I) 550 単位／月 (II) 200 単位／月 予防 100 単位／月	(I) 550 円／月 (II) 200 円／月 予防 100 円／月
口腔連携強化加算	50 単位／回 （1 月に 1 回を限度）	50 円
サービス提供体制強化加算（1 回につき）	6 単位	6 円
緊急時介護予防訪問看護加算（予防のみ）	①Sta.の場合・・・574 単位／月 ②医療機関・・・315 単位／月	加算 I ①Sta.：574 円／月 ②医療機関：315 円／月 加算 II ①Sta.：574 円／月 ②医療機関：315 円／月
長時間介護予防訪問看護加算（予防のみ）	300 単位／回	300 円／回
准看護師が行う場合 ②は准看護師の訪問が 1 回でもあるケース	①Sta.と医療機関・・・90% を算定 ②定期巡回と連携する場合・・・98%を加算	①Sta.と医療機関・・・90% を算定 ②定期巡回と連携する場合・・・98%を加算
PT・OT・ST の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合または特定の加算を算定していない場合	▲8 単位／回	▲8 単位／回
利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防訪問看護を行った場合（予防）	▲5 単位／回	▲単位／回 上の減算を算定している場合は ▲15 単位
同一建物居住者減算 ①事業所と同一または 20 人以上 ②事業所と同一で 50 人以上	①90%を算定（20 人以上） ②85%を算定（50 人以上）	①90%を算定（20 人以上） ②85%を算定（50 人以上）
高齢者虐待防止措置未実施減算	▲1%	▲1%
業務継続計画未策定減算	▲1%	▲1%
同一建物減算 1	単位数の 90/100	

要介護 5 の利用者に行った場合	800 単位／月	800 円／月
主治医から頻回の訪問指示あり	97 単位／日	97 円／日

※要件

- 特別管理加算（I） 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。
- 特別管理加算（II） 在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を超える褥瘡の状態等であること。
※特別管理加算は限度額の算定対象外となります。
- ターミナル加算 死亡日及び死亡日前 1 4 日以内に 2 日以上（死亡日及び死亡日前 1 4 日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合、1 日以上）ターミナルケアを行った場合。
※医療保険においてターミナルケアを算定する場合は、算定しません。

退院時共同指導加算 病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中もしくは入所中の利用者様に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。退院または退所後の初回の訪問看護の際に、1回（特別な管理を要する利用者様である場合、2回）に限り算定できる。

※退院時共同指導加算を算定させていただく場合には初回加算は算定できない。

初回加算 新規に訪問看護計画書を作成した利用者様に対して、訪問看護を提供した場合。初回の訪問看護を行った月に算定する。

看護・介護職員連携強化加算

訪問介護事業所と連携し、痰の吸引等が必要な利用者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。

サービス提供体制加算

算定に当たっては、下記の4つ（イ～ニ）の項目をすべて満たした場合に算定します。

イ 指定（介護予防）訪問看護事業所の全ての看護師等（指定居宅サービス等基準第60条第1項に規定する看護師等をいう。以下同じ）に対し、看護師等ごとに研修計画を作成し、当該計画に従い、研修（外部における研修を含む。）を実施又は実施を予定していること。

ロ 利用者に関する情報若しくはサービス提供に当たっての留意事項の伝達又は当該指定（介護予防）訪問看護事業所における看護師等の技術指導を目的とした会議を定期的開催すること。

ハ 当該指定（介護予防）訪問看護事業所の全ての看護師等に対し、健康診断等を定期的実施すること。

ニ 当該指定（介護予防）訪問看護事業所の看護師等の総数のうち、勤続年数3年以上の者の占める割合が100分の30以上であること。

同一建物減算1

訪問看護事業所の所在する建物と同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物、若しくは訪問看護事業所と同一の建物に居住する利用者又は、指定訪問看護事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物に居住する利用者に対して、指定訪問看護を行った場合は、1回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

項目		単位
複数名訪問加算Ⅰ	所要時間 30 分未満の場合	254 単位
	所要時間 30 分以上の場合	402 単位
複数名訪問加算Ⅱ	所要時間 30 分未満の場合	201 単位
	所要時間 30 分以上の場合	317 単位
長時間訪問看護加算		300 単位

※複数名訪問加算Ⅰは同時に複数の看護師等が一人の利用者に対して、指定訪問看護を行ったときに算定する。

※複数名訪問加算Ⅱは看護師等が看護補助者と同時に1人の利用者に対して、指定訪問看護を行ったときに算定する。

※長時間訪問看護加算は、指定訪問看護に関し、特別な管理を必要とする利用者に対して、所要時間1時間以上1時間30分未満の指定訪問看護を行った後に引き続き指定訪問看護を行った場合であり、当該指定訪問看護の所要時間を通算した時間が1時間30分以上となるときは、1回につき300単位を所定単位数に加算する。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合の交通費。1 kmにつき10円。

(3) 料金の支払方法

利用料はご契約いただいた口座よりの引き落としとなります。

毎月月末締めとし、翌月20日までに当月分の料金を請求いたしますので、月末までに口座へのご準備をお願いいたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずはお電話などでお申し込みください。当事業所職員がお伺いいたします。訪問看護計画作成と同時に契約を結びサービス提供を開始します。

※居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヶ月までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下の場合は、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します）

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
- ・ ご利用者様が亡くなられた場合

④ その他

- ・ 当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、ご利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、ご利用者様は文書で解約を通知することによって即座に契約を解約することができます。
- ・ ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月分以上滞納遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に全額を支払わない場合、ご利用者様または、そのご家族様などの関係者が、当事業所や当事業所のサービス従業者に対し重大な業務妨害行為もしくは本契約を継続し難い背信行為を行った場合は、当事業所により文書で通知することにより、何らの通知催告を要することなく契約を解除し即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
- ・ 風邪、病気等の際はサービスの利用を見合わせて無理な利用はお断りする場合がございます
- ・ 当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または、中止することがあります。
- ・ ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合には、ご家族様もしくは代理人に対し連絡の上、適切に対応します。
- ・ 他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。治癒するまでサービスの利用はお断りさせていただきます。

6 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	
主治医への連絡基準		
連絡方法		

7 サービスの第三者評価の実施状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

【実施の有無】	有 ・ (無)
【実施した直近の年月日】	
【第三者評価機関名】	
【評価結果の開示状況】	

【法人の概要】

法人名 医療法人ゆりかご
所在地 長野県駒ヶ根市赤穂759番地195
代表者 理事長 山田 雅人

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項の説明をしました。

事 業 者	住 所	〒399-4117 長野県駒ヶ根市赤穂1304-2
	法人名	医療法人 ゆりかご
	理事長	山田 雅人
		訪問看護ステーションゆりかご
	管 理 者	中原 知名美

指定番号 第2061090045号 長野県

説 明 者	職 名	_____
	氏 名	_____ 印

私どもは、重要事項説明書に基づいて、訪問看護ステーションゆりかごのサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住民登録上の住所 _____

氏名 _____ 印

契約締結者 [利用者との関係] _____

住所 _____

氏名 _____ 印