

介護予防訪問看護ステーション 重要事項説明書

令和7年1月1日

郡山医師会訪問看護ステーション

介護予防訪問看護ステーション重要事項説明書（令和7年1月1日現在）

1 事業者（法人）の概要

法人名	一般社団法人郡山医師会
法人所在地	福島県郡山市朝日2丁目15番1号
電話番号	024-922-8087
代表者氏名	会長 坪井永保
設立年月日	昭和22年11月1日



2 訪問看護サービスの概要

(1) 事業所の概要

事業所の種類	指定介護予防訪問看護事業所 平成26年6月1日指定 福島県第 0760390351 号
事業の目的	介護保険法令の趣旨に従い、利用者がその有する能力に応じて可能な限り自立した日常生活を目指すことを目的として訪問看護サービスを提供します。
事業所の名称	郡山医師会訪問看護ステーション
事業所の所在地	福島県郡山市字上亀田1番地の1（郡山市医療介護病院内）
電話番号	024-934-1271
FAX番号	024-934-1070
管理者	遠藤 淳子
当事業所の運営方針	従業員は、利用者の心身の特性を踏まえて、可能な限りご自宅において、その能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、心身の機能の維持回復をめざし支援します。 また、サービスの実施にあたっては、介護予防支援事業所、関係行政機関、地域保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
開設年月	平成26年6月1日

(2) 職員体制

従業員の職種	常勤	非常勤	職務内容
管理者	1名（兼務）		事業所の従業員の管理及び業務の一元的管理
看護師	3名以上 1名（兼務）		

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	郡山市内（但し、湖南町を除く）
---------	-----------------

(4) 営業日及び営業時間

月曜日から金曜日	8時30分～17時00分
休日	土・日曜日、祝日及び12月29日から1月3日

※緊急時訪問看護管理加算契約の利用者に対しては、24時間体制にて電話でのご相談及び緊急時訪問をします。

※利用に関する契約及び料金は、別紙参照。

3 サービスの内容

(1) 利用者が安心して療養生活を送ることができるように、主治医の指示により当介護予防訪問看護ステーションの看護師が定期的に訪問し、必要な処置を行い在宅療養を援助します。具体的な行為は以下のとおりです。

①看護介護行為

- バイタルチェック（血圧・脈拍・体温・簡易酸素飽和濃度）
- 健康状態の観察
- 身体の保清（清拭・陰部洗浄・更衣・オムツ交換・口腔ケア・手浴・足浴・洗髪・入浴介助・髭剃り等）
- 療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導等）
- 服薬管理及び指導

②医療処置行為

- 尿道留置カテーテル・自己導尿管理ケア（特別管理加算対象）
- 経鼻チューブ・胃ろう管理ケア（特別管理加算対象）
- 人工肛門・人工膀胱管理ケア（特別管理加算対象）
- 気管切開（気管カニューレ挿入中）の管理ケア（特別管理加算対象）
- 在宅酸素療法管理ケア（特別管理加算対象）
- 創傷及び床ずれ処置（状態により特別管理加算対象）
- 喀痰の吸引及び管理
- 点滴
- 主治医の指示による検査（採血・検尿等）
- 排泄管理ケア（浣腸・摘便）



③リハビリ援助行為

- 拘縮予防・座位及び歩行訓練
- 嚥下訓練等



④介護者支援

- 介護の方法指導・社会資源の紹介
- 床ずれ予防・リハビリ方法・食事指導（介助の工夫・方法等）
- 室内整備の工夫、安全対策の工夫、感染症に対する対応方法等
- 介護者の健康相談及び助言

(2) 介護予防訪問看護サービスの利用にあたっては、主治医に訪問看護指示書を交付していただく必要があります。指示期間は主治医により決められます。指示期間が過ぎる前に看護師から主治医に指示書の依頼を行います（自己負担）。

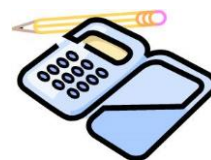
(3) サービス提供にあたっては、主治医の指示に基づき、訪問看護計画書に沿って計画的に提供します。

(4) 主治医に毎月1回、訪問看護計画報告書を提出することになっておりますので、ご了承ください。

（利用者の身体の状態や看護計画に基づいて実施した内容等について報告します）

(5) 交通事情等によりサービス提供時間が多少前後する場合がありますので、予めご了承ください。





4 利用料金

(1) 利用料及び利用者負担金

ア 介護予防訪問看護利用料金（基本料金）

《看護師による介護予防訪問看護基本料金》（1回あたり） （単位：円）

サービス内容	時間	単位金額	1割負担	2割負担	3割負担
予防訪問看護 I 1	20分未満	3,030	303	606	909
予防訪問看護 I 2	30分未満	4,510	451	902	1,353
予防訪問看護 I 3	30分～60分未満	7,940	794	1,588	2,382
予防訪問看護 I 4	60分～90分未満	10,900	1,090	2,180	3,270

※ケアプランの上限を超えた場合は、全額利用者負担となります。

《営業時間外の訪問》

営業時間 月曜日から金曜日（祝日を除く） 8時30分から17時00分

利用者の事由による1月以内の2回目以降の緊急訪問について、上記以外の時間帯に訪問が発生した場合は、基本料金に下記が加算されます

時間帯		加算
早朝	6時00分から 8時00分	25%
夜間	18時00分から 22時00分	25%
深夜	22時00分から 6時00分	50%

イ 付加サービスの利用料（加算） （単位：円）

項目	1割	2割	3割	内容
特別管理加算Ⅰ／月	500	1,000	1,500	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
特別管理加算Ⅱ／月	250	500	750	在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態等、又は点滴注射を週3回行う必要があると認められる状態
初回加算Ⅰ／月	350	700	1,050	退院又は退所した日に初回の訪問看護を行った場合
初回加算Ⅱ／月	300	600	900	退院又は退所した日の翌日以降に初回の訪問看護を行った場合

退院時共同指導加算／ 回	600	1,200	1,800	医療機関と連携し在宅生活の指導を行った 場合
緊急時介護予防訪問看 護加算Ⅰ／月	600	1,200	1,800	※別途契約が必要
複数名訪問加算（Ⅰ） 30分未満	705	1,410	2,115	同時に2人の看護師等による訪問であり、利 用者やその家族から複数名で訪問を行うこ との同意を得た場合
複数名訪問加算（Ⅰ） 30分～60分未満	1,196	2,392	3,588	

（2）その他の費用

交通費（通常の実施区域を超えた地点より）	1kmあたり55円（税込）
キャンセル料※1	自己負担額の100%
死後の処置料※2	16,500円（税込）
サービス提供の記録の複写（契約書7条）	1枚22円（税込）
医療費証明書代	1,100円（税込）

※1「キャンセル料」

・利用予定日の午前8時30分までにご連絡を下さい。キャンセルの連絡なしで看護師が訪問した場合には利用者負担額の全額をいただきます。但し、利用者の容態急変等やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料はいただきません。

※2「死後の処置料」

・訪問を利用されている利用者が、在宅で死亡診断を受け、その後の処置を訪問看護ステーションに希望をされるときは、介護保険外で看護師が訪問して行います。



- ・介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合があります。その場合は一旦利用料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。
- ・サービス提供証明書を後日市町村の介護保険担当窓口へ提出しますと、差額の払い戻しを受けることができます。

（3）支払方法

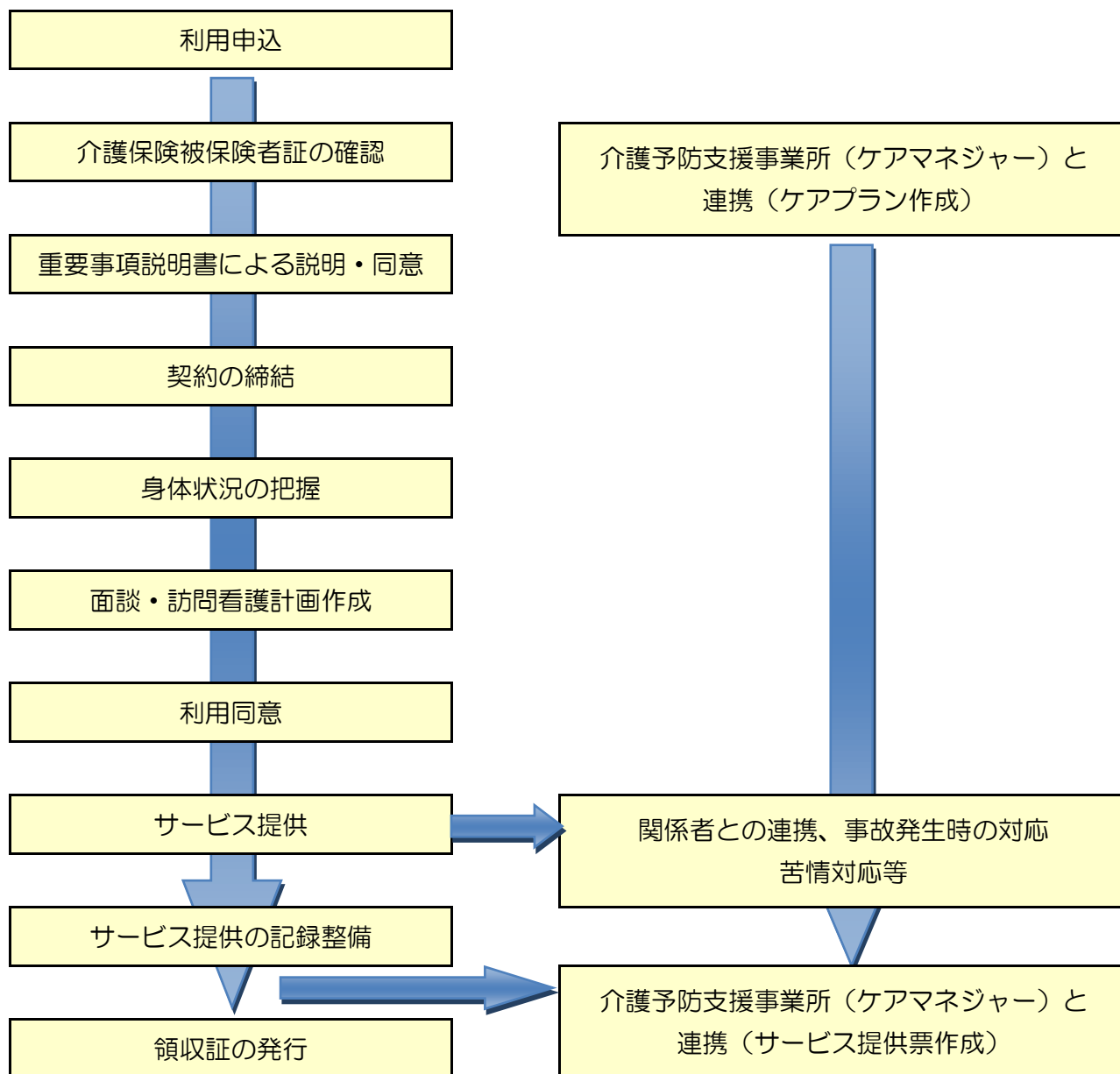
お支払い方法は、「預金口座振替」とさせていただきます。請求書は利用翌月の10日頃に発行します。振替日は毎月15日ですが、ゆうちょ銀行または本店が県外の金融機関の場合は毎月27日です。振替日が土日祝日の場合は翌営業日となります。



5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずお電話等でお申し込みください。



(2) サービスの終了

ア 利用者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**7日前**までにお申し出ください。

イ 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の提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了2週間前までに文書で通知いたします。

ウ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ◎ 利用者が介護保険施設や医療施設等に入所又は入院した場合
- ◎ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要支援認定区分が非該当（自立）又は要介護と認定された場合
- ◎ 利用者が亡くなられた場合

エ その他

利用者やご家族などが当事業所やサービス従業員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、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。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のお客さま相談・苦情窓口

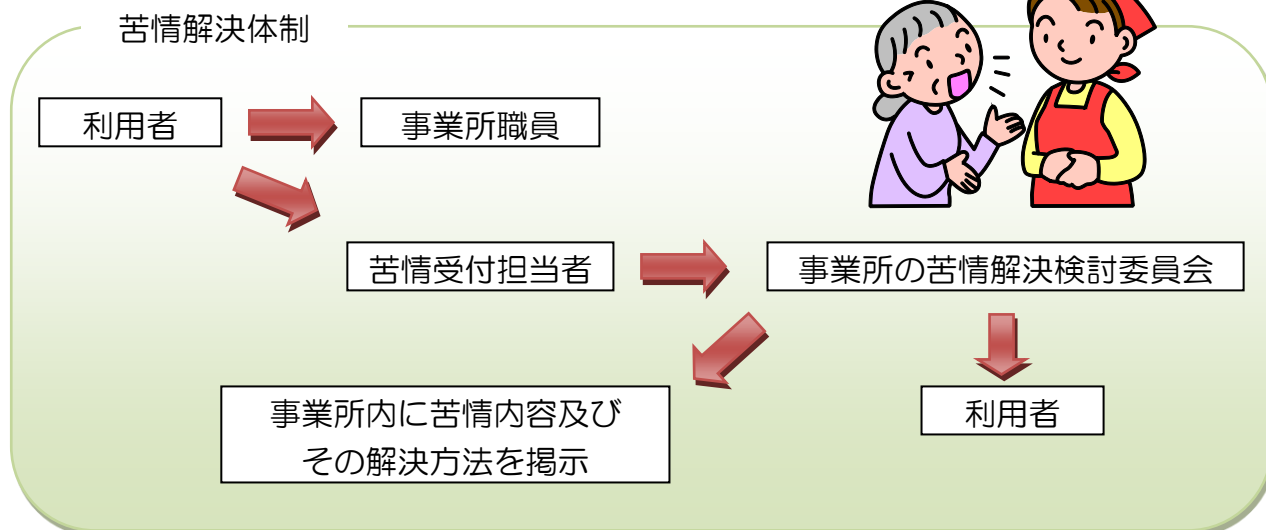
苦情解決責任者 遠藤 淳子（所長）
苦情受付担当者 広田 みつえ（主任）

電話 024-934-1271 FAX 024-934-1070
受付日 平日 月～金（ただし、12月29日～1月3日を除く）
受付時間 午前9時 ～ 午後5時

《その他の窓口》

- 郡山市介護保険課 024-924-3021
住所 郡山市朝日1丁目23-7（郡山市役所）
受付時間 午前8時30分～午後5時15分（平日）
- 福島県国民健康保険団体連合会 024-528-0040
住所 福島県福島市中町3番7号
受付時間 午前9時～午後4時（平日）
- 福島県運営適正化委員会 024-523-2943
住所 福島県福島市渡利七社宮111（福島県総合社会福祉センター）
受付時間 午前9時～午後5時（平日）

(2) 苦情解決体制



7 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

(1) 利用者アンケート調査等、利用者の意見等を把握する取組みの状況 あり・なし

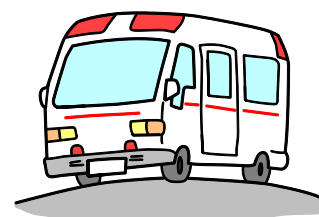
実施した時期	毎年1回(7/1~7/31)
当該結果の開示状況	直接配布・広報誌

(2) 第三者による評価の実施状況 あり・なし

実施した時期	—
実施した評価機関の名称	—
当該結果の開示状況	—

8 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、主治医又は歯科医師、救急隊、ご家族、地域包括支援センター等へ連絡をいたします。



9 秘密の保持について

- (1) 当該事業所の従事員は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (2) 当該事業所の従業員であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。
- (3) 事業員は、利用者サービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

10 虐待防止

ご利用者様の人権の擁護、虐待の防止等のため必要な体制を整え、かつ委員会を定期的
開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

また、虐待防止のための指針を整備し、研修会を従業者に対し定期的に行っており
ます。担当は所長とします。

さらに虐待を発見した場合は速やかに市町村へ通報します。

11 ハラスメント対応

ご利用者様・ご家族様との信頼関係のもと、安心安全な環境での質の高いケアを提供
できるよう、暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。

職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。

※ハラスメントとは

- ・身体的な力を使って危害を及ぼす行為
- ・個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ・意に沿わない性的な誘い掛け、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

12. 身体拘束の禁止

身体拘束は、極めて非人道的な行為であり、人権侵害・生活の質（QOL）の低下を招く行為
と考え、私たちは拘束をしない、より良い看護を目指していきます。そのため下記の場合
のような、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、その他ご利用者様の行動を制限する
行為は行いません。また、身体拘束を行う場合であっても早期拘束解除に向けて必要
な措置をとるよう努めていきます。

- (1) 切迫性・・・ 直ちに身体拘束を行わなければ、ご利用者様本人又は他人の生命・
身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
- (2) 非代替性・・・ 身体拘束以外に、ご利用者様本人又は他人の生命・身体に危険
が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
- (3) 一時性・・・ ご利用者様本人又は他人の生命・身体に危険が及ぶことがなくな
った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

13 業務継続計画（BCP）策定について

自然災害時、感染症発生時には、BCP計画、ガイドラインに基づき、ご家族・地域・
市町村と協力し、ご利用者様の安全の確保に努めていきます。

14 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、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに利用者ご家族、介護予防支援事業者その他必要と認められる関係機関に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して行なった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

15 賠償責任

サービスの提供にともなって、事業員の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、誠意をもって対応しその損害を賠償します。（契約書第19条参照）

重要事項説明書に関する同意書

介護予防訪問看護サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

◎ 事業者

所在地 郡山市字上亀田1番地の1

名称 郡山医師会訪問看護ステーション

説明者氏名 _____

私及び家族は、本書面により、事業者から介護予防訪問看護サービスの利用に係る重要事項について説目を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所
氏名

代理人（家族、成年後見制度における後見人、補佐人、補助人）

住所	
氏名	本人との関係
代筆理由 <input type="checkbox"/> 本人が記入できないため <input type="checkbox"/> その他（ ）	

家族

住所	
氏名	本人との関係

※代筆者が家族と同じ場合は記入不要です