

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護)
令和 6 年 4 月 1 日現在

様

株式会社オリジン
訪問看護フラワーサーチ
《愛知県指定 2362090157 》

訪問看護フラワーサーチは、ご利用者に対して訪問看護サービスを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいことを、
【厚生省令第37号第8条】に基づいて、次の通り説明します。

1 事業者概要

法人名	株式会社オリジン
法人所在地	愛知県豊橋市東高田町 670
法人種別	営利法人
代表者名	代表取締役 元吉 伸幸
電話番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 2 1

2 介護保険法に基づき指定を受けている事業所名称及びサービスの種類

2372001996 号	デイサービスフラワーサーチ 《通所介護》
2372003323 号	フラワーサーチ はた楽デイ 《通所介護》
2372002002 号	ショートステイフラワーサーチ 《短期入所生活介護》
2372002010 号	居宅支援事業所フラワーサーチ 《居宅介護支援事業所》
2372002911 号	訪問介護フラワーサーチ 《訪問介護》
2372002334 号	グループホームフラワーサーチ 《認知症対応型共同生活介護》

3 事業所の概要

事業所の種類	訪問看護事業
事業所の名称	訪問看護フラワーサーチ
指定番号	愛知県 2362090157 号
指定年月日	平成22年2月15日
所在地	愛知県豊橋市東高田町 665
電話番号	0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 3 1
通常の事業の実施地域	豊橋市東高田町
営業日	月曜日から日曜日（祝日を含む）
営業時間	月曜日から金曜日 9時00分～18時00分
サービス提供時間帯	24時間

4 事業の目的と運営方針

事業の目的	要介護（又は要支援）状態にある利用者に対し、適正な訪問看護サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	ご利用者の心身状態に応じた適切なサービスを提供します。 事業の実施にあたっては、人員の確保、教育指導に努め、ご利用者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提供に努めます。

5 職員の体制

訪問看護を提供する従業員として、以下の職員を配置しています。

職 種	主な職務内容	人 員		
		常勤	非常勤	備考
管理者	業務管理	1 名		看護師
看護師	サービス利用受付 訪問看護計画の作成 訪問看護サービスの提供	4 名		
保健師		0 名		
准看護師		0 名		
理学療法士		0 名		
作業療法士		0 名		
言語聴覚士		0 名		

6 訪問看護事業所が提供するサービス

(1) 提供できるサービスの内容

利用者の居宅に訪問看護師等を派遣し、利用者に対して 心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように、病状の観察・清潔の保持・排泄、食事等の日常生活上のお世話・褥創の予防と処置・医師の指示に基づく処置・リハビリテーション・ターミナルケア・認知症の看護・療養生活や介護方法・社会資源の紹介等を支援します。

(2) サービスの開始について

ご本人・ご家族と面接して医師の指示書のもと、ご利用者の心身状態及びご希望を確認し、訪問看護計画を作成します。同意をいただきましたら訪問看護計画にのっとりサービスの提供をいたします。

(3) サービスの終了について

ご利用者は、事業所に対して文書で通知することにより、7日以上の予告期間を持って届出することにより、予告期間満了日をもって契約は解除されます。

(4) サービスの利用変更・追加について

ご利用者は、事業所に対してサービスの利用変更・追加を申し出る事ができます。事業所は申し出に対して看護師の稼働状況等を確認して、ご利用者と協議します。

(5) サービスの利用中止について

ご利用者は、サービス利用を中止する場合は、前日までに事業者申し出るものとします。期日までに申し出が無い場合にキャンセル料が発生する場合があります。

(6) サービス提供の記録について

事業所は訪問看護を実施する度、サービス内容等を記載した記録票を記入し、利用者に確認及び交付を行います。また、事業所はサービス提供記録をつけ、契約終了5年間は事業所にて保存し、事業所の営業時間内にその事業所にて、閲覧・複写の対応を利用者に対して行います。

(7) サービス利用の留意事項

①利用者は訪問看護計画に定められたサービス以外の業務を依頼する事はできま

- せん。又、訪問看護サービスの実施に関する指示・命令は事業者が行います。
- ②サービス提供に必要な備品等（水道・ガス・電気等を含む）は無償で使用させていただきます。
- ③金銭又は物品の授受、ご利用者のご家族等へのサービス提供、飲酒及び喫煙、宗教活動・政治活動・営利活動等はサービス提供にあたり禁止します。

7 利用料金 【契約書第 10 条～11 条】

介護保険からの訪問看護サービスを利用する場合は、自己負担額は原則として利用に係る料金は負担割合に応じたものとなります。但し、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用については、全額自己負担となります。

(1) サービス基本料金表

【看護師・保健師が実施した場合】

サービスに要する時間	単位	夜間（18：00～22：00） 早朝（6：00～8：00）	深夜（22：00～6：00）
20 分未満	314 単位	基本額の 25% 増	基本額の 50% 増
30 分未満	471 単位	基本額の 25% 増	基本額の 50% 増
30 分以上 1 時間未満	823 単位	基本額の 25% 増	基本額の 50% 増
1 時間以上 1 時間 30 分未満	1128 単位	基本額の 25% 増	基本額の 50% 増

※ 同一敷地内の適正化により基本額の 90% となります。

【准看護師が実施した場合】

基本額の 90% となります。

【理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が実施した場合】

サービスに要する時間	単位	
1 回あたり 20 分	293 単位	※1 日に 3 回を越えて行う場合、1 回につき基本額の 90% になります

※料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、ご利用者の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

(2) 加算料金表

項 目		単位	内 容
退院時共同指導加算 （1回ごと）		600 単位	病院・介護老人保健施設等に入院・入所中の者 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、その内容を文書より提供し た場合に算定
初回加算 （利用開始初月）		300 単位	新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し て、訪問看護を提供した場合に算定
長時間訪問看護加算 （利用回ごと）		300 単位	特別管理加算の対象となる利用者に対して1回 の所要時間が1時間30分を超える場合に算定
ターミナルケア加算 （死亡月）		2,000 単位	死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを 実施している場合に算定
緊急時訪問看護加算 （1月につき）		574 単位	利用者の同意を得て、24時間体制で計画的な訪 問以外に必要時、緊急訪問を行う場合に算定
特別管理加算Ⅰ （1月につき）		500 単位	厚生労働大臣が定める所の特別な管理を要する 利用者に、計画的に管理を行った場合に算定 ※在宅悪性腫瘍指導管理、留置カテーテル等
特別管理加算Ⅱ （1月につき）		250 単位	厚生労働大臣が定める所の特別な管理を要する 利用者に、計画的に管理を行った場合に算定 ※在宅酸素療法指導管理、真皮を越える褥瘡等
看護・介護職員 連携強化加算 （1月につき）		250 単位	訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要 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に算定
複数名 訪問加算 （利用回毎）	30分 未満	254 単位	下記の条件により、2人の訪問看護職員が共同 で指定訪問看護を行う必要な場合
	30分 以上	402 単位	
①利用者の身体的理由により1人の訪問看護が困難と認められる場合			
②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合			
③利用者の状況等から判断して①又は②に準ずると認められる場合			

※緊急時訪問看護加算・特別管理加算は、区分支給限度基準額の算定対象外となります。

※訪問看護費の正しい利用料金の計算の仕方

- ①月毎の訪問看護利用総単位数×10,21円＝(A)※1円未満は切捨て
- ②(A)×0,9＝(B)※1円未満は切捨て
- ③(A)－(B)＝ 皆様の利用負担額

*介護保険給付支給限度額を超えてのサービスを利用される場合は、支給限度額を超えたサービス利用料金の全額がご利用者様の負担となります。

*介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合は、サービス利用料金の全額をお支払いいただきます。お支払いいただいた場合にサービス提供証明書と領収書を発行します。

(3) キャンセル料

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	自己負担相当額

☆ご利用者の体調不良等正当な事由がある場合には、キャンセル料は発生しません。

(4) 交通費実費

ご利用者の居宅が、当該事業所の実施地域を超える地点から、片道 3Km 未満 500 円、3 Km 超える場合 3km 毎に 1000 円を頂きます。

(5) 料金の支払い方法

☆料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算しご請求します。前月料金の合計額の請求書及び明細書を毎月 20 日までに発送しますので、ご請求させていただきました料金を原則としてその月の 26 日に指定の口座から自動引き落としさせていただきます。自動引き落とし口座は、【預金口座振替依頼書・自動払込利用申込書】にて、ご指定願います。当事業所は利用者から利用料金の支払いを受けたときは、利用者又は契約者に対して領収書を発行します。事情により指定の口座より自動引き落としができない場合は、事業所窓口での支払い又は事業所の指定する金融機関への振込みでも対応します。

利用料金振込み先 【豊川信用金庫】

店名	口座	口座番号	口座名
大清水支店	普通	3 1 3 6 8 2 6	フラワーサーチ代表 元吉伸幸

☆振込みの際は、ご利用者様の氏名でお願いします

8 サービス提供内容に関する相談・苦情窓口

当事業所の ご利用者ご相談窓口	ご利用時間	平日 午前 9 時 00 分～午後 6 時 00 分
	ご利用方法	電話 (0532) 65-2134
	担当	朝倉 恵 (アサクラ メグミ)

その他、行政関係の苦情相談窓口

東三河広域連合 介護保険課	電話 (0532) 26-8470 平日午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
愛知県国民健康保険団体連合会	電話 (052) 971-4165 平日 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分

9 個人情報の保護について

個人情報保護に関する責任者 山口 美雪 (ヤマグチ ミユキ)

- ①、事業者及びサービス従事者は、訪問看護サービスを提供する上で知り得た利用者又はその家族等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。
- ②、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ③、前②項にかかわらず、利用者に係る他の行政・医療・保健・福祉との連携を図るなど正当な理由がある場合には、同意を得た上で、利用者又は家族等の個人情報をを用いることができるものとします。

10 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います
緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関の名称	医療法人栄真会 伊藤医院
	院長名	伊藤之一先生
	所在地	豊橋市小池町字原下 35 番地
	電話番号	(0 5 3 2) 4 5 - 5 2 8 3
	診療科	内科、外科、胃腸科、麻酔科

11 事故発生時の対応

・利用中に事故が発生した場合は、東三河広域連合、当該利用者様のご家族、当該利用者様に係る居宅介護支援事業者様に連絡を行うと共に、必要に応じた措置を講じます。

・賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

12 キャンセルの連絡先

【 電話 0 5 3 2 - 6 5 - 2 1 3 1 】

12 明細書・領収書等の再発行は 1 枚につき 1000 円（税抜き）を徴収