

## 第7 ターミナルケア加算／ターミナルケア療養費 説明及び同意書

当ステーションは、多職種(医療・介護・福祉職等)と連携しながら、随時、利用者等に対して十分な説明を行い、療養および介護に関する合意を得ながら、利用者がその人らしく生き、その人らしい最期が迎えられるよう支援しています。

ターミナルケアの実施については厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、利用者及び家族と話し合いを行い、利用者本人の意思決定を基本に、他の関係者と連携の上、対応しております。

### 【算定の要件】

- ・基準に適合しているものとして、神奈川県知事に届け出た指定訪問看護事業所がその死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上ターミナルケアを行った場合(ターミナルケアを実施中に死亡診断で医療機関に搬送され24時間以内に死亡した場合を含む)。医療保険での訪問の場合、退院日にターミナルケアに係る療養上必要な指導を行っている場合は、退院支援指導加算を算定要件の1回と数える。
- ・ターミナルケアを受ける利用者について24時間連絡がとれる体制を確保しており、かつ、必要に応じて訪問看護を行うことができる体制を整備していること。
- ・主治医との連携の下に、訪問看護におけるターミナルケアに係る計画及び支援体制について利用者及びその家族等に対して説明を行い、同意を得てターミナルケアを行っていること。
- ・ターミナルケアの提供について利用者の身体状況の変化等必要な事項が適切に記録されること。
- ・1人の利用者に対して1ヵ所の訪問看護事業所のみ、当該者の死亡月に算定する。

### 介護保険

ターミナルケア加算	2,500単位
-----------	---------

### 医療保険

ターミナルケア療養費1	25,000円
-------------	---------

私は、人生の最終段階においては、ターミナルケアを受けることに同意し、必要なサービスを受けた場合、ターミナルケア加算・ターミナル療養費1を算定することに同意します。

(事業者説明者)

(利用者)

(利用者代理人)

署名は第9の署名欄へ