

# 訪問看護（介護予防訪問看護）重要事項説明書

## 1. サービス事業者（法人）の概要

名称・法人種別	医療法人 健友会
代表者名	理事長 本間 修
所在地・連絡先	(住所) 998-0044 酒田市中町3丁目5番23号 (電話) 0234-22-2556 (FAX) 0234-22-2560

## 2. 事業所の概要

### （1）事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護ステーションスワン
所在地・連絡先	(住所) 998-0044 酒田市中町3丁目5番23号 (電話) 0234-21-7345 (FAX) 0234-21-7346
事業所番号	0660890146
管理者の氏名	工藤 夕子

### （2）事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人） (常勤・非常勤)	職務の内容
管理 者	1人	管理業務
保 健 師 看 護 師 准 看 護 師	7人以上	看護業務
理 学 療 法 士 作 業 療 法 士	1人以上	リハビリ業務

### （3）事業の実施地域

事業の実施地域	酒田市・遊佐町・庄内町・三川町
---------	-----------------

### （4）営業日

営業日	月曜日～金曜日まで
休業日	土・日・国民の祝日（振替休日を含む） 12月30日～1月3日・5月20日・8月13日 (但し、長期間の連休となる場合は事前に利用者及びその家族並びに居宅介護支援事業所等の関係機関に周知の上、営業日とすることがあります。)
営業時間	月曜日～金曜日 8：30～17：00 5月21日 8：30～12：15 (電話等により、24時間常時連絡が可能な体制となっております。)

### 3. 事業所の特色等

#### (1) 事業の目的

指定訪問看護ステーションスワン（以下「ステーション」という。）が行う指定訪問看護事業（以下「事業」という。）の適切な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）にある利用者に対し、その利用者が可能な限りその居宅において、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう配慮し、適切な指定訪問看護（介護予防訪問看護）を提供することを目的とします。

#### (2) 運営方針

- ① 訪問看護ステーションの看護師等は、利用者の心身の特性をふまえて、全体的な日常生活動作の回復、維持を図るとともに生活の質の確保を重視した在宅療養ができるように支援します。
- ② 事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

#### (3) その他

- ① 理学療法士等が看護業務の一環としてご自宅に訪問し、リハビリを行うことができます。  
その場合、利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、状況や実施した内容を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を作成します。
- ② 居宅サービス計画で定期的に訪問をしていても、急な病状悪化や不安を感じた場合は、医師の特別指示に基づき、14日を限度として医療保険で毎日訪問看護を利用することができます。

### 4. サービス内容

居宅サービス計画内容に基づき、訪問看護計画書及び訪問看護報告書（介護予防訪問看護計画書及び訪問看護報告書を含む）を作成し、事業の提供に当たります。

- |                        |                      |
|------------------------|----------------------|
| (1) 病状・障害・全身状態の観察      | (2) 清拭・洗髪等により清潔の保持   |
| (3) 食事及び排泄等の日常生活の援助    | (4) 褥創の予防・処置         |
| (5) リハビリテーション          | (6) ターミナルケア          |
| (7) 認知症患者の看護           | (8) 療養生活や介護方法の相談・援助  |
| (9) カテーテル等の管理          | (10) その他医師の指示による医療処置 |
| (11) かかりつけ医師への連絡調整及び報告 |                      |

### 5. 利用料

#### (1) 訪問看護利用料（別紙参照）

指定訪問看護を提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、法定代理受領サービスの場合は、介護保険負担割合証に定める割合の額とします。

#### (2) 支払い方法

毎月、10日過ぎに前月分の請求書をお渡しますので口座振替にてお支払い下さい。  
(ご指定の金融機関口座から毎月26日に引き落としとなります。)

#### (3) 交通費等（別紙参照）

介護保険においては、交通費はいただいておりませんが、医療保険では、交通費を徴収させていただきます。その他の費用を別紙の通り徴収させていただきます。

#### (4) キャンセル

キャンセル料は徴収しません。サービス利用をキャンセルする場合は、利用日の前日までにご連絡ください。

## 6. 緊急時対応

当ステーションは緊急時看護体制をとっています。利用者の同意を得て、居宅サービス計画または介護予防プランに組み込まれると、状態の変化や病状の観察、緊急の処置、かかりつけ医との連携など24時間迅速に対応します（連絡方法は別紙参照）。また、ご家族の方にも直ちに連絡をします。

## 7. 事故発生時の対応

- (1) 事業者は、利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに県及び市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業所等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
- (2) 事業者はサービスの提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により賠償すべき事故が発生した場合には速やかに損害賠償を行います。

加入保険名：訪問看護事業共済会 総合保障制度

## 8. 苦情処理

管理者は、提供したサービスに関する利用者からの苦情に対して、迅速かつ適切に対応するため、担当職員をおき、解決に向けて調査を実施し、改善の措置を講じ、利用者及び家族に説明するものとする。

## 9. サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者 工藤 夕子 電話番号 0234-21-7345 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00 面接 当事業所
-------------	--

- (2) 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

酒田市健康福祉部 高齢者支援課	電話番号 0234-26-5363 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00
遊佐町健康福祉課 福祉介護保険係	電話番号 0234-28-8251 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00
庄内町健康福祉課 介護保険係	電話番号 0234-42-0150 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00
三川町健康福祉課 介護支援係	電話番号 0235-35-7031 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00
山形県国民健康保険 団体連合会	電話番号 0237-87-8003 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00

## 10. 秘密保持等

サービス提供をする上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第3者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

## 11. 虐待防止

- (1) 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講じます。
- ① 虐待を防止するための従業者に対する研修を実施します。
  - ② その他虐待防止のために担当者を定め、必要な委員会の開催、指針の整備等の措置を講じます。

- (2) 事業者は、サービス提供中に養介護施設従事者等又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、市町村又は地域包括支援センターに通報します。
- (3) 身体的拘束等の適正化の推進

## 12. 業務継続計画の策定

感染症や災害の発生時に継続的にサービス提供できる体制を構築するため、業務継続計画を策定します。

## 13. 記録の保存期限

サービス提供に関する記録の保存期間はサービス提供の完結日から5年とします。

## 14. その他

- (1) 利用者またはご家族の都合により訪問日・訪問時間の変更を希望する場合、事業所の職員もしくは担当介護支援専門員にご相談ください。
- (2) 交通事情等の都合により訪問時間が前後したり、緊急時の対応等や、諸事情により利用者に負担のかからない範囲で時間や曜日の変更をお願いする場合もあります。
- (3) 訪問看護は主治医の指示のもとに行っているため、主治医が交付した訪問看護指示書が必要となり、状態によって1ヶ月～6ヶ月に1回発行されます。医療機関より訪問看護指示料を請求されますのでご了承ください。
- (4) 当事業所において、医学生・看護学生の実習受け入れ施設として協力をしております。  
学生に対する教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いする場合もあります。
- (5) 訪問時の駐車場の準備のご協力をお願いします。

私は、本書面に基づいて職員（氏名）から上記重要事項の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

(選出した場合)

氏 名

(続柄 )

## 個人情報の取り扱いについて

利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取扱いに努めます。

### 【訪問看護ステーション内の利用】

- ①利用者に提供する訪問看護サービス（計画・報告・連絡・相談等）
- ②医療保険・介護保険請求等の事務
- ③会計・経理等の事務
- ④事故等の報告・連絡・相談
- ⑤利用者への看護サービスの質向上（ケア会議、研修等）
- ⑥その他、利用者に係る事業所の管理運営業務

### 【他の事業所等への情報提供】

- ①主治医の所属する医療機関、連携医療機関、利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携、サービス担当者会議、サービス担当者に対する照会への回答等
- ②家族等介護者への心身の状況説明
- ③関連行政機関への情報提供、照会への回答等
- ④審査支払期間へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑤損害賠償保険などに係る保険会社等への相談または届出等
- ⑥医療保険・介護保険事務の委託

### 【その他上記以外の利用目的】

- ①看護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- ②訪問看護ステーションで行われる学生の実習への協力
- ③学会等で発表（原則、匿名化。匿名化が困難な場合は利用者の同意を得る）

訪問看護ステーションスワン 殿

私は、上記個人情報保護の説明を受け、これらを十分に理解した上で同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名

代理人 住 所

(選出した場合)

氏 名

(続柄 )