（介護予防）訪問看護重要事項説明書

１　ライフデザイン帯広　訪問看護の概要

サービスを提供する事業者・事業所、提供できるサービスの地域

事業所名称	ライフデザイン帯広　訪問看護
所在地	帯広市西 5 条南 32 丁目 19-1
介護保険指定番号	0164690216
法人種別・法人名	株式会社ライフデザイン
代表者名	代表取締役　佐々木　史子
電話番号 ファックス番号	電話　0155-66-8322 ＦＡＸ　0155-66-8323
サービス提供地域	帯広市内全域

（１） 職員の職種、員数及び職務内容

管理者氏名	田中　あすか

職種	員数	勤務体制
管理者	１名（常勤・訪問看護員兼務）	管理者は、所属職員を指揮・監督し、適切な事業の運営が行われるように統括する。但し、管理上支障がない場合は、事業所の他の職務に従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。
看護師	２．５名以上（常勤換算）	訪問看護計画書及び報告書を作成し、訪問看護等を担当する。

（２） 営業日・営業時間

営業日 営業時間	月曜日～日曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分 ※24 時間、連絡をとれる体制を設けております。

（4）サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日 提供時間	月、火、水、木、金、土、日 24 時間

2　事業の運営方針と目的

事業目的	要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が訪問看護の必要性を認めた高齢者に対し、適正な運営および適切な指定訪問看護および指定介護予防訪問看護の提供を確保する事を目的とする。
運営方針	1　訪問看護を提供する事により、生活の質を確保し、健康管理および日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養ができるよう努めます。 2　事業の運営にあたって、必要なときに必要な訪問看護の提供が出来るように努めます。 3　事業の運営にあたって、関係市区町村、地域包括支援センター、保健所および近隣の他の保健・医療または福祉サービスを提供する者との密接な連携を保ち、総合的なサービスの提供が出来るように努めます。 4　利用者様の人権の擁護、虐待防止のため、必要な体制の整備を行うとともに従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。 5　指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供にあたって、介護保険法第１１８条の２第１講に規定する介護保険等関連情報その他必要な情報を活用し、適切かつ有効に行うよう努めます。

3　サービス提供内容

サービス区分と種類	サービス内容
訪問看護計画の作成	主治の医師の指示並びにご利用者様に関わる居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、ご利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。
訪問看護の提供内容	（1） 療養上の世話 清拭、洗髪などによる清潔の管理・援助、食事（栄養）およ

	び排泄等の日常生活療養上の世話、ターミナルケア。 （２） 診療の補助 褥瘡の予防・処置、カテーテル管理等の医療処置。 （３） リハビリテーションに関すること。 （４） 家族の支援に関すること。 家族への療養上の指導・相談、家族の健康管理。 （５）定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所との連携 定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携し、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて、訪問看護の提供を行う。

４　利用料金

（１）訪問看護及び介護予防訪問看護

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の１割です。＊介護保険負担割合証に記載する負担割合に準ずる。
ただし、介護保険給付の範囲を超えたサービスは全額自己負担となります。

ア　介護保険訪問看護　イ　医療保険訪問看護
料金につきましては別紙にてご案内いたします。

（２）料金のお支払い方法

お支払い方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌々月の 20 日もしくは 27 日（祝休日の場合は直前の平日）に、ご指定の口座より引き落としさせて頂きます。

５　キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合には、以下の通りキャンセル料を頂きます。ただし、ご利用者様の病状の急変や入院等の場合には、キャンセル料は請求致しません。
24 時間前までのご連絡の場合～キャンセル料は不要です。
12 時間前までのご連絡の場合～１提供当たりの料金の 20%を請求致します。
キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい（連絡先：070-7400-9924）

６　看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

① ご利用者様又はご家族様の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
② ご利用者様又はご家族様からの金銭、物品、飲食の授受
③ ご利用者様の同居家族に対するサービス提供
④ ご利用者様の居宅での飲酒、喫煙、飲食
⑤ 身体拘束その他ご利用者様の行動を制限する行為（ご利用者様又は第三者の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
⑥ その他ご利用者様又はご家族様などに対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

７　サービス提供にあたって

サービスの利用開始

（１） まずは、お電話にてお申込み下さい。当事業所の職員がお伺いいたします。
（２） 居宅サービス計画（ケアプラン、介護予防プラン）を利用している場合は、事前に介護支援専門員、地域包括支援センターとご相談下さい。
（３） サービス提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容の確認をさせて頂きます。住所などに変更があった場合は速やかに当事業者までにおしらせ下さい。
（４） 主治の医師の指示並びにご利用者様に係る居宅支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン)」に基づき、利用者及び家族の意向を踏まえて、「訪問看護計画」を作成いたします。なお、作成した「訪問看護計画」はご利用者様又はご家族様にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
（５） サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行います。なお、「訪問看護計画」は。利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更する事ができます。
（６） 看護職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行います。実際の提供に当たっては、ご利用者様の心身の状況や意向に充分な配慮を行います。

８　緊急時の対応について

看護師等は訪問看護等の実施中に、ご利用者様の症状に急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行います。主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な処置を講ずるものとします。

前項について、しかるべき処置をした場合には、速やかに管理者および主治医に報告をします。

① 緊急連絡先　家族等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）　連絡先：＿＿＿＿＿＿

② 緊急連絡先　家族等氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄）　連絡先：＿＿＿＿＿＿

③ 医療機関・診療所名：　　連絡先：

９　緊急時の連絡体制

緊急時連絡先 （24 時間対応可能）	営業時間内	℡ ①→0155-66-8322 ② 070−7400−9924（訪問看護オンコール）
	夜間・休日	℡　　同上

１０　事故発生時の対応方法について

当事業所は、サービス提供に際し、ご利用者様に事故が発生した場合には、速やかに区市町村、介護支援専門員、利用者様のご家族様等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事故の状況及び事故に際して行った処置について記録し、その完結の日から 5 年間保存します。

また、ご利用者様に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

損害保険会社	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

１１　非常災害対策について

当事業所は、災害対策推進員を配置し、消火設備その他の非常災害に際して必要な設備を設けるとともに、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知します。

当事業者は、非常災害に備えるため、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。

当事業者は、非常災害時に必要な備品や備蓄等についての点検及び確保を行います。

１２　感染症の予防及びまん延の防止のための措置

当事業所は、当該事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講ずるよう努めます。

（１）当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を６月に１回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

（２）当事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

（３）当事業所において、従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のために研修並びに訓練を徹底的に実施します。

１３　個人情報の保護について

当事業所は、ご利用者様又はご家族様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ダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めます。

当事業者が得たご利用者様又はご家族様の個人情報については、当事業所での介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供についてはご利用者様又はご家族様の同意を、あらかじめ書面により得ます。

１４　サービス提供に関する相談、苦情について

＜苦情処理の体制、手順＞

（１） ご利用者様からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、指定居宅サービス等に関する利用の要望、苦情等に対し、迅速に対応します。
（２） 苦情や相談があった場合、苦情相談担当者はしっかりとお話しを聞きます。
（３） 苦情相談担当者（応対者）は速やかに管理者に状況などの報告を行い、ご利用者様又は御家族の立場に立った適切な対処方法を検討します。
（４） 検討内容については適宜連絡いたします。また、最終的な対処方法などは必ずご利用者様またはご家族様へ報告します。
（５） 苦情または相談内容については真摯に受け止め、個人情報の取り扱いに十分配慮した上で、再発防止や今後のサービス向上のための取組みを従業員全員で検討します。
（６） 事業所は、前項の苦情の内容等について記録し、その完結の日から５年間保存します。
（７） 当事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより就業環境が害されることを防止しる為の方針の明確化等の必要な措置を講じます。

■苦情申立の窓口

事業者	ライフデザイン帯広　訪問看護
所在地	帯広市西 5 条南 32 丁目 19-１
電話	① 070-4799-2010（管理者：田中）
受付時間	月～金曜日　/　　8:30～17:30
苦情処理の体制・手順	① 苦情が発生した場合は担当職員が相手方に連絡を取り、直接訪問等をして詳しい情報を聞くとともに、苦情の内容に詳しい職員からも内容の確認を行う。 ② 内容確認後、可能である場合にはその場で対応する。 ③ 担当職員の個人での検討・判断が困難な場合には、相手方への了承を得た上で、施設全体にて対応を検討する。 ④ 対応方法を検討後、苦情発生の翌日までには利用者への謝罪等具体的な対応を行う。

	⑤ 即対応不可能な場合には、相手方の了承のもと期日を設定し、その期日内に検討する。 苦情の内容・対応の過程・その結果等について、苦情受付表に記録し完結の日より２年間保管し内容について検討し、再発防止に努める。
外部苦情申し立て機関 （連絡先電話番号）	機関名：札幌市社会福祉サービス苦情相談センター 電話　011-632-0550　　ＦＡＸ　011-613-5486
	機関名：帯広市保健福祉部介護保険課 電話　0155-65-4151

１５　虐待防止に関する事項

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

（１） 当事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用しておこなうことができるものとする。）を定期的に開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。

（２） 虐待防止のための指針の整備

（３） 当事業所において、従業員に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施する。

（４） 前３号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く（管理者）

当事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者（ご利用者様のご家族等高齢者を現に擁護する者）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、これを市町村に通報します。

１６　業務継続計画の策定等

当事業所は、感染症や非常災害の発生において、利用者に対する指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるように努めます。

当事業所は従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。

当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

１７　地域との連携

当事業所は、事業所の所在する建物と同一の建物に居住するご利用者様に対して指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）を提供する場合には、当該建物に居住するご利用者様以外の者に対しても指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供を行うよう努めます

１８　重要事項の説明年日

この重要事項説明書の説明年月日	令和　8 年　　月　　日

上記内容について「帯広市指定居宅サービス事業者の指定並びに指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例」の規定に基づき、利用者様に説明を行いました。

主たる事務所の所在地	帯広市西 5 条南 32 丁目 19-1
事業所名	ライフデザイン帯広　訪問看護
説明者氏名　管理者	印

私は、契約書および本書面により、事業所から訪問看護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

（利用者）

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

（代理人）

住所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

続柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

署名代行理由＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿