

訪問看護（介護予防訪問看護）重要事項説明書【介護保険】

1. 当事業所の概要

(1) - 1 法人の概要

法 人 名	長野県厚生農業協同組合連合会
所 在 地	長野県長野市大字南長野北石堂町1177番地3
代 表 者	代表理事理事長 洞 和彦
連 絡 先	026-236-2305（代表）

(1) - 2 事業所の概要

事 業 場 名	長野松代総合病院
事 業 所 名	訪問看護ステーションまつしろ
事 業 所 所 在 地	長野県長野市松代町松代176番地14
連 絡 先	026-278-3627
管 理 者 名	酒井 孝子
サービス種類	訪問看護・介護予防訪問看護
介護保険指定番号	2060190036号
サービス提供地域※ （通常の実施地域）	長野市（松代・若穂・真島・青木島・小島田・稲里・丹波島・三本柳・川中島・篠ノ井） 千曲市（土口・生萱・倉科・森・雨宮・屋代・栗佐・野高場・稲荷山・杭瀬下・新田・桜堂・小島・打沢・鋳物師屋・寂蒔・中・八幡・小船山・内川・千本柳・上徳間・戸倉）

※サービス提供地域（通常の実施地域）以外にお住まいの方はご相談ください。

(1) - 3 サテライト事業所

サ テ ラ イ ト 名	訪問看護ステーションまつしろ わかほサテライト
所 在 地	長野県長野市若穂綿内7615番地1
連 絡 先	026-282-7111

※サービス種類・介護保険指定番号・サービス提供地域等は上記（1）- 2に準ずる

(2) 営業日・時間

営 業 日	月曜日 ～ 金曜日	
営 業 時 間	午前8：30 ～ 午後5：00	
定 休 日	国民の祝日ほか病院の休診日	
備 考	・緊急時は、24時間連絡対応可能な体制を整えています。 ・下記サービス提供時間帯により利用料金が異なります。	
	通 常 時 間 帯	8：00 ～ 18：00
	早 朝 時 間 帯	6：00 ～ 8：00
	夜 間 時 間 帯	18：00 ～ 22：00
	深 夜 時 間 帯	22：00 ～ 6：00

(3) 職員体制

	計
管 理 者 （ 資 格 看 護 師 ）	1名
看 護 職 員 （ 看 護 師 ） （ 保 健 師 ） （ 准 看 護 師 ）	2.5名以上
理 学 療 法 士	1名以上
作 業 療 法 士	
言 語 聴 覚 士	
事 務 職 員 等	1名

(4) 情報公開

当会の「事業計画」および「財務内容」については、当会のホームページ上で閲覧することができます。

2. 相談・苦情・連絡窓口

(1) 当事業所相談・苦情・連絡窓口

サービスに関する相談・苦情がございましたら、下記担当者へご連絡ください。

担 当 者	酒井 孝子
連 絡 先	0 2 6 - 2 7 8 - 3 6 2 7
受 付 時 間	上記「(2) 営業日・時間」内

(2) 当事業所以外の相談・苦情・連絡窓口

サービスに関する相談・苦情がございましたら、下記市町村又は国保連等に伝えることができます。

機関名	連絡先
厚生連長野松代総合病院 医療相談窓口	0 2 6 - 2 7 8 - 2 0 3 1
長野市役所 介護保険課 サービス担当	0 2 6 - 2 2 4 - 7 8 7 1
千曲市役所 高齢福祉課 介護保険係	0 2 6 - 2 7 5 - 0 0 0 4
国民健康保険連合会 介護保険課 (苦情処理係)	0 2 6 - 2 3 8 - 1 5 8 0

3. 訪問看護ステーションの基本姿勢

(1) 目 的

要介護（要支援）状態と認定されたご利用者様に対し、訪問看護（介護予防訪問看護）のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護（介護予防訪問看護）のサービスを、24 時間体制で提供します。サービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健・医療・福祉等の関係機関との連携により、総合的なサービス提供に努めます。

(3) 基本方針

訪問看護（介護予防訪問看護）の提供に当たっては、主治医との密接な連携および法に規定する訪問看護計画に基づき、ご利用者様の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行います。またサービスの提供に当たっては、懇切丁寧に行うことを旨とし、ご利用者様またはそのご家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導または説明を行い、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもってこれを行います。常にご利用者様の病状、心身の状況およびその置かれている環境の的確な把握に努め、ご利用者様またはそのご家族に対し、適切な指導を行います。

4. 訪問看護サービスの内容

主治医の指示書に基づき、主に次のサービスを提供します。

(1) 療養上の世話

食事（栄養）の管理・援助、排泄の管理・援助、
清潔の管理・援助（清拭等）、ターミナルケア（終末期看護）

(2) 診療の補助

褥瘡の処置、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) 家庭支援に関すること

家族への療養上の指導、相談、家族の健康管理

5. 利用料金

(1) 基本利用料金

利用料金等は、別紙「利用料金表」をご参照ください。なお、記載された料金について職員から説明を受け、ご承認いただけましたら、必ず同意書へご利用者様およびそのご家族等（代理人）にご署名いただきますよう、お願いいたします。

なお、利用料金につきましては、下記事項にご留意ください。

- ・介護保険からの給付サービスを利用される場合は、ご利用者様の『介護保険負担割合証』に記載された負担割合に応じた金額となります。
- ・介護保険の給付範囲を超えたサービス利用料金は、全額自己負担となります。
- ・料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

(2) キャンセル料金

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料金を頂く場合があります。

ご利用日の前営業日の営業時間内までにご連絡いただいた場合	料金負担なし
ご利用日の前営業日の営業時間内までにご連絡いただけなかった場合	基本利用料金の10～30% (介護保険の自己負担割合分)

※キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

(3) その他

上記以外の事項につきましては、契約書に記載のとおりです。

6. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中にご利用者様に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・ご家族・担当居宅介護支援事業者等、下記関係各位等へ連絡します。

[緊急時の連絡先]

主治医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
緊急連絡先	氏 名	(続柄：)
	連 絡 先	

7. 虐待の防止について

当事業所は、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	酒井 孝子
-------------	-------

- ② 成年後見制度の利用を支援します。
③ 苦情解決体制を整備しています。
④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

8. その他

- ・教育、実習の一環として研修医、医学生、看護学生等と一緒に訪問することがあります。

〔不測の事態について〕

高齢の利用者様、障がいをお持ちの利用者様は、加齢や麻痺に伴う身体機能の低下、関節拘縮や骨粗鬆症等により、わずかな外力でも骨折等を起こすおそれがございます。また、ご家庭ごとのベッド・介護機器等の居住環境は、利用者様の身体や健康状態に間接的に影響を及ぼすものであります。

当事業所の職員は十分に注意をして看護・訓練をさせていただきますが、職員が十分な注意を払ったとしても、利用者様の加齢の進行、健康状態の変化、居住環境によっては上記不測の事態が避けられないことがございます。もっとも、当事業所は、利用者様、ご家族とご相談、ご協力をしながら、できる限り安心して健やかに日々をお過ごしいただけるよう看護・訓練に努めて参りますので、ご理解を賜りますようお願い申し上げます。

〔自然災害時等の訪問について〕

大雪や地震等の自然災害や感染症等により、訪問看護が実施できなくなる場合がございます。ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。

〔サービス利用にあたっての留意事項について〕

職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。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。信頼関係を築くためにも、ご理解を賜りますよう、お願い申し上げます。

- ① 職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）
- ② 職員に対する精神的暴力（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）
- ③ 職員に対するセクシュアルハラスメント（意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）

重要事項説明書についての同意

訪問看護の提供開始にあたり、ご利用者様に対して本書面（別紙「利用料金表」含む）により重要事項を説明しました。
____年 ____月 ____日

事業者

〔事業所名〕 訪問看護ステーションまつしろ 印

〔所在地〕 長野県長野市松代町松代176番地14

〔説明者氏名〕 _____

私は、本書面（別紙「利用料金表」含む）により、事業者から訪問看護について重要事項の説明を受け、同意します。
____年 ____月 ____日

利用者

〔住所〕 _____ Tel: _____

〔氏名〕 _____

〔署名代行者氏名〕 _____ (利用者との続柄: _____)

〔署名代行の理由〕 _____

代理人（又は成年後見人）

〔住所〕 _____ Tel: _____

〔氏名〕 _____ (利用者との続柄: _____)

※署名代行人および、代理人の署名につきましては、本人の自筆に限ります。