

**訪問看護サービス重要事項説明書**  
**介護予防訪問看護サービス重要事項説明書**

山口県指定 357390020

当事業所は、介護保険法に基づく訪問看護事業を行うものとして指定を受けています。当事業所の概要や、提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを記載しています。

**1, 訪問看護サービスの目的**

医療法人光輝会 平生訪問看護ステーションきらら（以下「事業者」という）は、介護保険法の趣旨に基づき、利用者（以下「ご利用者」という）が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう訪問看護を提供することを目的とします。

**2, 運営の方針**

- 事業者は要支援又は要介護状態にあるご利用者がある有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営むことができるよう、当該ご利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、精神・身体の特徴をふまえて全体的な日常生活動作の維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援を行います。
- 訪問看護・介護予防訪問看護の実施にあたっては、ご利用者が関係する市町や事業所、及び地域の保健・医療・福祉サービス等、綿密な連携を図り、ご利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは介護状態となることの予防のため適切なサービスの提供に努めます。

**3, 当法人の概要**

名称	医療法人光輝会
代表者	理事長 重富 雄哉
所在地・連絡先	山口県熊毛郡平生町佐賀10002-77 電話 0820-58-1111

**4, 事業所の概要**

事業所名	平生訪問看護ステーションきらら
所在地・連絡先	山口県熊毛郡平生町平生町569-12 平生クリニックセンター2階 電話 0820-56-1000
管理者名	兼行 由紀子
サービス提供地域	平生町 田布施町 上関町 柳井市 光市

## 5, 職員の体制

職種	資格	常・非常勤	職務内容
管理者	看護師	常1名	従事者の管理及び業務の一元化
訪問看護	看護師	常4名	訪問看護サービスの提供
訪問看護 (リハビリ)	理学療法士	非2名	リハビリテーションの提供

## 6, 営業日及び時間

- 営業日 月曜日から金曜日まで  
※祝祭日および12月29日から1月3日を除く
- 営業時間 午前9時00分から午後5時00分まで

## 7, 主となるサービス内容

- 日常生活の支援
  - ・食生活・活動・整容などの現状把握や、衣食住が整うための具体的な支援
  - ・日常生活が維持・向上できるための支援
- 精神症状の悪化を防ぐ
  - ・精神症状の把握、症状安定・改善のための援助
  - ・服薬、通院継続のための援助
  - ・家族を含めた、認知症に対する援助
- 身体症状の発症や進行を防ぐ
  - ・身体症状の把握や、生活習慣に関する助言・指導
  - ・医療処置や点滴など輸液管理（主治医の指示がある場合のみ）
  - ・機能訓練などのリハビリテーション
  - ・終末期医療、死去後家族に対するグリーフケア
  - ・家族の健康に関する支援
- 対人関係に関する支援
  - ・他者との関係性に関する援助
  - ・コミュニケーション能力の維持・向上のための援助
  - ・家族との関係性に関する援助
- 社会資源の活用支援
  - ・地域で利用できるサービスや福祉制度の利用に関する情報提供および、利用者のための援助
- 他職種との連携
  - ・主治医や関係職種との連携
  - ・行政、地域との連携

## 8、居宅サービス計画変更の援助

事業者は、ご利用者が居宅サービス計画（ケアプラン）の変更を希望する場合は、速やかに担当の介護支援専門員（ケアマネージャー）に連絡するなど必要な援助を行います。

## 9、訪問看護サービス計画等

- 1、事業者はご利用者の希望、主治医の指示及び心身の状況を踏まえてご利用者のケアプランにそって、療養上の目標、当該目標を達成するための具体的なサービスの内容を記載した訪問看護計画書を作成します。
- 2、事業者は、作成した訪問看護計画書の主要事項について、ご利用者または家族に説明し、発行します。
- 3、事業者は、ご利用者がサービスの内容や提供方法の変更を希望する場合で、その内容がケアプランの範囲内で可能な時は、速やかに訪問看護計画書の変更等の対応を行います。

## 10、利用料金

- ① 基本料金・加算
- ② 利用者負担金

ご利用者負担は原則 1 割または 2 割または 3 割です。

### 11、支払い方法

利用者負担金を月末集計し月初めに、精算書・領収書を発行いたしますので、現金でお支払いいただきます。

### 12、キャンセル

キャンセル料をいただく場合は、次に基づくものとします。

・サービス利用日の 9 時 00 分までにご連絡をいただいた場合	無料
・サービス利用当日にご連絡がなく、訪問したがご不在だった場合	当日利用料の 100%

ただし、病状の急変などでやむを得ない事情がある場合はキャンセル料は不要です。

**※キャンセル時の連絡先⇒訪問看護ステーションきらら 0820-56-1000**

### 13、緊急時・事故発生時の対応

訪問看護・介護予防訪問看護実施中に事故・ご利用者の病状に急変、その他の緊急事態が生じた場合は、臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医へ連絡を行い、指示を求める等、必要な処置を講じます。また、家族、居宅介護支援事業所に連絡します。

ご利用者の主治医	氏名 医療機関名 所在地 電話番号	
----------	----------------------------	--

緊急連絡先	氏名 連絡先 電話番号	
-------	-------------------	--

#### 14、非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

#### 15、感染対策の強化

事業者は、当法人の感染対策方針を周知し、感染症の予防及び蔓延防止の指針を整備し、研修及び、訓練を定期的実施します。

#### 16、秘密の保持と個人情報の保護について

事業者は、訪問看護・介護予防訪問看護サービスを提供するうえで知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報は、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

#### 17、苦情の受付について

サービスに関する相談や苦情については、下記の窓口で受け付けております。

●当事業所の責任者は 兼行 由紀子 です。

●行政機関その他苦情受付機関

相談窓口	電話
平生町健康保険課 介護保険班	0 8 2 0 - 5 6 - 7 1 1 5
田布施町健康保険課 介護保険課	0 8 2 0 - 5 2 - 5 8 0 9
上関町保健福祉課 介護保険係	0 8 2 0 - 6 2 - 1 7 7 7
柳井市健康福祉部 高齢支援課	0 8 2 0 - 2 2 - 2 1 1 1
光市高齢者支援課 介護保険係	0 8 3 3 - 7 4 - 3 0 0 3
山口県国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口	0 8 3 - 9 9 5 - 1 0 1 0

※上記の他 介護支援専門員（担当ケアマネジャー）事業所

#### 18、高齢者虐待防止に関する事項

事業者は、ご利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策等の必要な体制整備を行うと共に、従事者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

## 19、身体的拘束の適正化

利用者の生命又は身体を保護するため緊急ややむを得ない場合を除き、身体的拘束は行いません

身体的拘束を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急や無負えない理由を記録し、ご家族の同意を得ます。

## 20、ハラスメント対策について

サービス利用契約中に、ご利用者、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合は、サービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は、契約を解除する場合があります。(・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す)

## 21、身分証の携行

サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご家族から、その提示を求められた際には、身分証を提示します。

## 22、サービスご利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- 1、職員がお茶、お菓子、お礼や品物等を受け取ることは、事業所として禁止しています
- 2、貴重品、金銭の管理は、ご利用者、ご家族で行って下さい 職員が出入りする場所や時間帯に置くことは避けてください
- 3、体調や容態の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所へご連絡ください
- 4、大切なペットの安全を守るためにも、ゲージに入れる等のご協力をお願いします 職員がペットに噛まれた場合、治療費のご相談をさせて頂く場合があります

年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 山口県熊毛郡平生町平生町569-12  
平生クリニックセンター2階

事業者名 医療法人 光輝会  
平生訪問看護ステーション きらら

代表者職・氏名 印

説明者職・氏名 印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所

氏名 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

本人との続柄

氏名 印

利用者の家族代表

住所

本人との続柄

氏名 印