

様

訪 問 看 護
重 要 事 項 説 明 書
(介護保険を除く)

医療法人財団 明理会
新松戸ロイヤル訪問看護ステーション

訪問看護 重要事項説明書（介護保険を除く）

（令和 年 月 日現在）

1. 訪問看護事業の概要

名 称 新松戸ロイヤル訪問看護ステーション
所 在 地 千葉県松戸市新松戸1丁目412
連 絡 先 電話 047-344-8540 FAX047-309-8204
代 表 者 医療法人財団 明理会 理事長 中村 哲也
事業所番号 1262490027
管 理 者 関屋 博子
従 事 者 看 護 師：常勤 名（管理者含む） 非常勤 名
准 看 護 師：常勤 名 非常勤 名
理学療法士：常勤 名 非常勤 名
作業療法士：常勤 名 非常勤 名
事 務 職 員：常勤 名 非常勤 名
開設年月日 平成6年5月25日
通常の訪問地域 主に松戸市内

2. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	医療法人社団明芳会が開設する新松戸ロイヤル訪問看護ステーションが行う訪問看護事業の適正な運営を確保するために人員・管理運営に関する事項を定め、訪問看護の必要な利用者に対し、看護師等が適正な訪問看護を提供することを目的とします。
運 営 方 針	1) 利用者の心身の特性を踏まえて、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、心身の機能の維持回復をめざした在宅療養支援をします。 2) 事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 営業日及び営業時間

月曜日～金曜日	9：00～17：00
土曜日	9：00～12：00

・休日は、土曜日午後、日曜日、祝祭日、年末年始（12/30～1/3）

※営業日および営業時間外は、24時間連絡可能な体制をとっております。（24時間対応体制加算届出施設）

4. 訪問看護サービスの内容

- | | |
|---------------|--------------------|
| ①病状・障害の観察 | ②清潔、食事、排泄等の日常生活の援助 |
| ③リハビリテーション | ④褥瘡の予防・処置 |
| ⑤終末期のケア | ⑥精神・心理面の援助 |
| ⑦認知症患者の介護 | ⑧カテーテル等の管理 |
| ⑨療養生活や介助方法の指導 | ⑩その他医師の指示による医療的処置 |
- ・主治医と密接な連携をとりながら、安全な看護ケアの提供に努めています。

- ・「24時間対応体制加算」「特別管理体制」「ターミナルケア体制」届出施設です。
- ・リハビリテーションは、当ステーションの理学療法士も、訪問看護の一環として看護師に代わりお伺いいたします。

5. 訪問看護の申し込みおよびサービス提供方法

- 1) ご本人やご家族の方からお申し込み頂き、利用者のお宅を訪問いたします。その際、必ず主治医の『訪問看護指示書』が必要となります。なお、訪問看護指示書の発行に際し、主治医の属する医療機関において一部負担金が発生しますことをご了承ください。
- 2) 初回訪問時、利用者およびご家族と面接し、課題を把握・分析し、「訪問看護計画」を立てサービスを開始いたします。
- 3) 「訪問看護計画」は、利用者および家族の希望、主治医の指示書の内容等を基に、看護の専門的な視点で療養上必要な援助内容や目標等について計画を立てます。その訪問看護計画に沿って訪問看護サービスを提供します。
- 4) 介護保険認定がされた場合、医療保険から介護保険に変更になることがあります。

6. 利用時間及び利用回数等

- 1) 訪問看護時間は、30分以上1時間30分未満を標準とし、2時間を超えないものといたします。
- 2) 訪問看護回数は、週3回が限度とされています。但し、厚生労働大臣が定める疾病等および急性増悪等により特別指示書が交付された場合はその限りではありません。
- 3) 医療保険から介護保険に変更になった場合は、介護保険の基準に準じて提供します。
- 4) ターミナルケアの実施について
「人生の最終段階における医療の決定プロセスにおけるガイドライン」等の内容を踏まえ利用者様ご本人と話し合いを行い利用者様ご本人の意思決定を基本に、他の医療・介護関係者と連携し対応いたします。
- 5) 他の利用者様の状況により、お約束のお時間より訪問が遅れる、又は調整により早まるなどの時間変更をお願いする場合があります。

7. 利用料および利用者負担

- 1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、健康保険および高齢者医療確保法等の法定利用料に基づく金額で別記の「利用料金表」のとおりです。
- 2) 利用者負担金のお支払いは、原則月末締めにて翌月の初旬に請求書をお渡しし、翌々月の規定日に銀行口座より引き落としさせていただきます。
- 3) 介護保険に変更の場合は、それに伴う利用料および利用者負担の変更があります。
- 4) その他の保険や医療、公費負担等についてはその規程に準じます。
- 5) 処置に使用する手袋やガーゼなどの衛生材料をご用意いただく場合があります

8. 夜間および緊急時の対応について

当ステーションは、夜間や休日等24時間ご連絡やご相談に対応できる体制および必要に応じ臨時の訪問看護を実施する体制をとっています。緊急訪問に際しては、通常の基本利用料のほか時間外または時間延長料、休日利用料等が生じることをご了承ください。

9. 緊急事態および事故発生時の対応

- 1) 訪問看護師は、訪問看護実施中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた場合速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行ないます。主治医に連絡が取れない場合は、救急搬送等の必要な処置を講じます。なお、その講じた措置について、速やかに管理者および主治医に報告いたします。
- 2) 緊急時の対処を講じるあたり、ご家族等の連絡先を明確にさせていただく必要がございます。
- 3) 訪問看護師が、訪問看護実施中に生じた看護事故等に関しては、速やかに管理者に報告し、必要な措置を講じます。

10. 災害及び悪天候の訪問について

- 1) 災害（地震・火災・水害）
- 2) 悪天候（台風・大雪）

上記により訪問が困難となる場合があります。事前に可能な限り訪問を調整させていただきます。

11. 業務継続計画（BCP）の策定等

- 1) 感染症や非常災害の発生において、業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要
研修及び訓練を定期的に行なうなどの措置を講じます。
- 2) 感染症の予防及びまん延の防止のための措置
感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備
研修の実施、訓練の実施などに取り組みます。

12. 経過観察・再評価

- 1) 訪問看護サービス提供の経過において、病状の変化、状態の変化に応じ、訪問看護計画の修正をし、サービスを提供いたします。
- 2) 主治医や介護支援専門員、又は地域包括支援センター担当者と相談をし、居宅サービス計画または介護予防サービス支援計画の修正等に関する援助を行ないます。

13. 訪問看護ステーションにおけるリハビリテーションの提供

訪問看護の一環として理学療法士などによるリハビリテーション（以下リハビリ）を提供しています。リハビリのみのサービスを提供している利用者様に対して、看護師による訪問が必要となります。

14. キャンセル

利用者の都合で予定されたサービスをキャンセルする場合は、サービス利用の前日までに当事業所にご連絡下さい。定期訪問時間までにご連絡いただかなかった場合は一回分の利用料をいただきます。ただし、利用者の病態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合はその限りではありません。

15. サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため

- 1) サービス担当者は、常時身分証を携帯し、利用者やご家族の求めに応じ、いつでも提

示いたします。

- 2) 訪問看護師は、年金の管理、金銭の貸借などの取り扱いはできません。
- 3) 訪問看護師は、介護保険制度等により「利用者（要介護者）の心身の機能回復のために療養上の世話や診療の補助をおこなうこと」とされています。これ以外の業務（調理・買い物・掃除等の家事一般）はお引き受けできませんのでご了承下さい。
- 4) 訪問看護師等に対する贈り物や茶菓子の接待等は、一切ご遠慮させていただきます。

1 6. ハラスメントについて

当事業所は、訪問看護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けて取り組みます。

- 1) 事業所内で行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える下記 の行為は組織として許容しません。
 - ・身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為
 - ・個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
 - ・意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為上記は、当該法人職員、ご利用者様及びその家族様が対象とまります。
- 2) ハラスメント事案が生じた場合、マニュアルなどを基に即座に対応し、再発防止会議等により、同時案が発生しないための再発防止策を検討します。
- 3) 職員に対し、ハラスメントに対する研修を実施します。
- 4) ハラスメントと判断された行為者に対し、関係機関への連絡、相談、解約の解約等の措置を講じます。

1 7. 虐待防止について

虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げる措置を講じています。

- 1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に係る責任者：所長 関屋博子
- 2) 虐待防止のための対策検討委員会を年1回以上開催するとともに、その結果について看護師等に周知徹底を図ります。
- 3) 虐待防止の指針を整備します。
- 4) 虐待防止のための研修を実施します。
- 5) 事業所は、サービス提供中に当該事業者または擁護者（現に擁護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通報します。

1 8. 身体拘束の適正化

利用者又は利用差等の生命又は身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等を行いません。身体拘束等を行う場合は、医師や関係者と連携し、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むを得ない理由を記録します。

1 9. 苦情窓口

利用者に提供されたサービスに苦情がある場合は、いつでも苦情を申し立てることができます。

- 1) 訪問看護の提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。
- 2) 相談及び苦情の円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りです。

- ・苦情のあった場合は状況を詳細に把握するための状況の聞き取りや事情の確認を行います。
- ・事実確認の結果、苦情原因を究明し原因に基づいた対応を協議します。
- ・訪問看護のサービス提供に原因がある場合には、苦情処理検討会議を行います。
 - ・苦情処理検討会議の内容は再発防止、又は質の向上のための資料として活用します。

	担 当	電 話	F A X
事業所	所長 関屋 博子	047-344-8540	047-309-8240
千葉県	千葉県国民保険連合会	047-254-7428	

20. 秘密保持について

事業者及び事業者の使用する者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及び、その家族に関する秘密・個人情報について、利用者等の身体及び生命に棄権がある場合などの正当な理由なく、契約中及び契約終了後においても第3者に告げることは致しません。事業者は、利用者からの予め文書で同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず、一定の条件下で情報を提供することができます。

21. その他運営についての留意事項

訪問看護ステーションは、社会的使命を十分認識し、職員の資質向上を図るために研修の機会を設け、または業務体制を整備するものとします。

- 1) 採用後、6カ月以内の新人研修
- 2) 年12回の業務研修

22. その他

- 1) 法人の概要

名 称	: 医療法人財団 明理会
代表者	: 理事長 中村哲也
所在地	: 東京板橋区小豆沢二丁目 12 番 7 号
連絡先	: 電話 03-3967-1181

 定款の目的に定めた事業：
 - ・病院・診療所の経営
 - ・老人保健施設の経営
 - ・看護専門学校経営
 - ・訪問看護ステーションの経営
 - ・介護保険に関連する事業の経営
 - ・その他これに付随する事業

2) 新松戸ロイヤル訪問看護ステーションの事業および特徴

- ・ 居宅介護支援事業を同系列に有する
- ・ 看護師養成等の実習施設
- ・ その他の関連施設

新松戸中央総合病院との連携

(利用者)
(保証人)

(事業者)

各ご署名はご利用者確認欄の署名欄へ

同意 署名欄

1 事業者署名欄

□事業所は、訪問看護の提供に開始に際し、ご利用者様又はご家族様に対し、重要事項説明書により重要事項を説明を行うとともに、訪問看護契約書によりその契約内容の説明をしました。また、訪問看護サービス利用の加算について、個人情報の使用についても説明しました。

年 月 日

事業者 住所：東京都板橋区本町36番3号
名称：医療法人財団明理会
代表：理事長 中村哲也

事業所 所在地：千葉県松戸市新松戸1-412
名称：医療法人財団 明理会
新松戸ロイヤル訪問看護ステーション
管理者：所長 関屋 博子

説明者：

2 ご利用者様ご署名欄

- ☐ 私は、事業者から重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービスの内容及び重要事項の説明を受け、同意いたしました。
- ☐ 私は、事業者から契約内容について説明を受け、同契約書により事業者と契約を締結しました
- ☐ 私は、事業者から訪問看護サービス利用料の加算について説明を受け、同意いたしました
- ☐ 私は、事業者から個人情報の使用について説明を受け同意いたしました
- ☐ 私は、事業者から別紙の料金表の説明を受け同意いたしました。

年 月 日

利用者 住 所： _____

氏 名： _____

保証人 住 所： _____

氏 名： _____

利用者は、身体の状態などにより署名ができないため、利用者本人の意思を確認の
うえ、

私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代理者名者 住 所： _____

氏 名： _____（続柄： _____）