指定訪問看護　重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して指定訪問看護サービスを提供するにあたり、利用者又はその家族に説明すべき重要事項について、以下のとおり説明します。

1. 事業所の概要
【事業所名】
アルメリア訪問看護ステーション
【法人名】
合同会社アルメリア
所在地
〒【郵便番号】630-8053
【住所】奈良市七条 1 丁目 8-28-1
【電話番号】090-9056-7863
管理者
【氏名】植田　守
指定年月日
令和【8】年【12】月【1】日

介護保険事業所番号
【　　】

2. 事業の目的
利用者が可能な限りその居宅において、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、主治の医師の指示に基づき、必要な訪問看護を提供します。
3. 運営方針
利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問看護サービスを提供します。
また、主治の医師、介護支援専門員その他の関係機関と連携し、利用者が安心して在宅生活を継続できるよう支援します。

4. 職員体制
管理者（看護師兼務）：1 名
看護師：2 名（管理者と合わせて看護師計 3 名）
准看護師：0 名
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士：0 名

事務職員：0 名

5. 営業日及び営業時間
営業日：
月曜日から金曜日
営業時間：
午前【9 時 00 分】から午後【6 時 00 分】
※緊急時については、契約内容及び利用者の状態に応じ、24 時間対応します。

6. サービス提供地域
奈良市、大和郡山市、生駒市、天理市、生駒郡（安堵町、斑鳩町)、その他の地域はご相談ください。

7. サービスの内容
（1）健康状態の観察
（2）血圧・体温・脈拍等の測定
（3）療養生活上の相談
（4）清潔保持の援助
（5）食事・排泄等の援助
（6）褥瘡の予防及び処置
（7）服薬管理
（8）医師の指示による医療処置
（9）終末期・ターミナルケア
（10）認知症看護
（11）精神科訪問看護
（12）小児訪問看護
（13）リハビリテーション
（14）家族への療養上の相談・助言
（15）その他必要な看護

8. 利用料
介護保険によるサービスについては、介護保険法その他関係法令に定められた利用者負担額をお支払いいただきます。
健康保険等によるサービスについては、健康保険法等関係法令に基づく自己負担額をお支払いいただきます。
具体的な利用料金については、別紙「訪問看護料金表」に定めます。

9. その他の費用（自費サービス・衛生用品等）
各種保険適用外の費用およびケアや処置に必要となった衛生用品等を当事業所で準備したものを使用・提供する場合については、別紙「訪問看護料金表」に基づき、事前に説明を行い利用者の同意を得た上で実費を受領します。
・衛生用品代（ガーゼ、手袋、消毒液、処置用シーツ等の実費）
・通常の実施地域を越えた場合の交通費
・営業時間外（土日祝・夜間休日等）の訪問費用
・規定時間を超える訪問看護（延長）費用
・通院受診の同行費用
・死後の処置（エンゼルケア）費用
・キャンセル料

10. 緊急時の対応
訪問看護中に利用者の病状が急変した場合には、必要な応急処置を行い、主治医、救急医療機関、家族等へ連絡するなど必要な対応を行います。

24 時間連絡先：
【電話番号】090-9056-7863

11. 事故発生時の対応
サービス提供中に事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、主治医、介護支援専門員その他関係機関に連絡し、必要な措置を講じます。

12. 苦情相談窓口
【当事業所 相談窓口】
担当者： 代表取締役 植田　守
電話番号： 090-9056-7863
【外部の苦情相談窓口】
奈良市（介護福祉課）
電話番号：0742-34-5422
奈良県国民健康保険団体連合会（国保連）
電話番号：0120-21-6899

13. 個人情報の保護
事業所は、利用者及びその家族の個人情報を適切に管理し、正当な理由なく第三者に漏らし

ません。
サービス提供上必要な場合には、主治医、介護支援専門員、その他関係機関との情報共有を行うことがあります。
この場合、あらかじめ利用者又はその家族に説明し、必要な同意を得ます。

14. 虐待防止
当事業所は、利用者の人権を尊重し、虐待防止のため必要な体制を整備します。
虐待防止責任者：
【職名・氏名】
代表取締役　　植田　守

15. 身体的拘束等
原則として身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。
やむを得ず実施する場合には、必要な手続及び記録を行います。

16. 感染症対策
感染症の発生及びまん延を防止するため、職員の健康管理、手指衛生、標準予防策その他必要な感染防止対策を実施します。

17. 業務継続計画（BCP）
感染症や自然災害等が発生した場合でも、可能な限りサービスを継続できるよう業務継続計画を策定し、必要な研修及び訓練を行います。

18. 重要事項説明書への同意
私は、本書面により事業者から指定訪問看護サービスについて重要事項の説明を受け、その内容について同意しました。

令和　　年　　月　　日

【利用者】

住所：

氏名：

印

【代理人・家族等】

住所：

氏名：

印

続柄：

【事業者】

所在地：

法人名：

代表者：

印

【説明者】

職名：

氏名：

印