

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護重要事項説明書

株式会社 Lead U

リードユー訪問看護ステーション

1 事業の目的及び運営方針

(1) 事業の目的

株式会社 Lead U が開設するリードユー訪問看護ステーション（以下「ステーション」という。）が行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、ステーションの看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護職員等」という。）が、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）であり、主治の医師が必要を認めた高齢者に対し、適正な事業の提供を目的とする。

(2) 運営方針

- ①指定訪問看護の提供に当たって、ステーションの看護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、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する。
- ②指定介護予防訪問看護の提供に当たって、ステーションの看護職員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、利用者の生活機能の維持又は工場を目指すものとする。
- ③事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

2 職員の職種、員数及び職務内容

- (1) 管理者：看護師 1 人（常勤・兼務）管理業務
- (2) 訪問看護師：看護師または准看護師 常勤換算 2.5 人以上（管理者含む）訪問看護業務
- (3) 事務職員：1 人以上（兼務）

3 営業日及び営業時間

(1) 営業日

365日営業とする。

(2) 営業時間

午前9時00分から午後6時00分までとする。

(3) 24時間緊急時体制

電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

4 訪問看護の提供方法及び内容

(1) 提供方法

主治医の指示書に基づき、利用者の自宅で看護師等が具体的な看護・健康相談・指導を行います。

(2) 内容

①健康状態の観察、健康相談

- ・ 血圧、体温、脈拍、呼吸の測定
- ・ 病状の観察と相談
- ・ 心の健康相談 など

②日常生活の看護

- ・ 身体清潔のケア（清拭、洗髪など）
- ・ 床ずれ予防及び処置
- ・ 療養環境の整備

③在宅リハビリテーション

- ・ 体位交換、関節などの運動
- ・ 日常生活動作の訓練（食事、排泄など）

④精神、心理的な看護

- ・ 不安な精神状態のケア
- ・ 生活リズムの取り方
- ・ 社会生活への復帰援助
- ・ 事故防止ケア、服薬ケア

⑤認知症の看護

- ・ 認知症の介護相談
- ・ 悪化防止、事故防止の相談など

⑥介護相談

- ・ 病状、介護、日常生活に関する相談
- ・ 介護及び家族の精神的支援
- ・ 医療、福祉サービスの紹介など

5 利用料等

(1) 事業を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものと

し、当該事業が法定代理受領サービスであるときには、介護報酬告示上の額に各利用者の介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

(2) 次項の通常実施地域を越えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を越えた地域から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交

通費は、次の額を徴収する。

①実施地域を越えた地点から、片道 5 キロメートル毎 100 円

- (3) 死後の処置料は、10,000 円とする。
- (4) 前二項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文章で説明した上で、支払いに同意する旨の文章に署名（記名押印）を受けることとする。
- (5) 利用料の支払いに関しては、1 か月分を翌月に請求させていただき、現金またはその他の手段によって申し受けるものとする。
- (6) 利用者は、事業者に対して、サービス提供の 24 時間前までに通知することにより、料金を負担することなくサービス利用を中止することができます。
- (7) 介護職員処遇改善加算
厚生労働省が定める算定方法によるもの
- (8) その他
指定訪問看護の提供に要する費用は、厚生労働省が定める算定基準によるものとし、国が定める各種加算が適用される場合があります。

6 通常の事業の実施地域

- ・一宮市の区域とする。

7 サービス内容に関する相談・苦情窓口

- (1) 利用者からの相談又は苦情等に対応する常設窓口（連絡先）担当者設置
 - ① 連絡先 0586-82-8002
 - ② 担当者名 伊藤 豊大
 - ③ 受付時間 平日 9 時 00 分から 18 時 00 分
 - ④ 担当者不在の場合の対応 担当者以外でも対応できるような体制を作っておく
- (2) 関係機関連絡先
 - ① 関係機関 一宮市役所 介護保険課 介護保険グループ
 - ② 連絡先 0586-85-7017
 - ③ 受付時間 8 時 30 分から 17 時 15 分
- (3) 関係機関連絡先②
 - ① 愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室
 - ② 052-971-4165
 - ③ 受付時間 9 時から 12 時、13 時から 17 時
- (4) 市町村、関係機関から指導・助言を受けた場合、必要な改善を行っていく
- (5) 苦情内容、対応措置を検討し、再発防止に努める
- (6) 苦情処理記録を作成し整備保管する

(7) 職員の質の向上のための研修を行う

8 事故発生時の対応

- ・利用者に対する指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じる。
- ・前項の事故の状況及び事故に関して取った措置について記録する。
- ・利用者に対する指定訪問看護及び指定介護予防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。

9 緊急時の対応

サービス提供により緊急事態が発生した場合は、速やかに当該利用者の家族に連絡するとともに、必要な措置を講じます。利用者の状態がどの程度なのか判断する。

- ① 生命の危機（意識なし、呼吸なしなど）
- ② 即、入院治療が必要程度の状態
- ③ 医師の往診・外来による検査・治療が必要な程度の状態
- ④ 経過観察でよい場合

10 衛生管理等

- (1) 介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所における感染症が発生しない、またはまん延しないように、次にあげる措置を講じます。
 - ① 事業所における感染症の予防及びまん延の防止の為の対策を検討する委員会をおおむね6か月に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していきます。
 - ② 事業所における感染症の予防及びまん延防止の為の指導を整備します。
 - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延のための研修及び訓練を定期的実施します。

11 業務継続計画書の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するための、および非常時の体制で早朝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って必要な措置を講じます。
- (2) 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。

- (3) 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。

12 虐待・身体拘束の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待及び身体拘束等の発生または防止するために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止、利用者等の適正化に関する担当者を提案します。
虐待防止・身体拘束等の適正化 虐待防止責任者（西井臣）
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (5) 事業者は利用者様が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等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。
- (7) 事業者は、利用者またはほかの利用者等の生命または身体を保護するための緊急またはやむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
やむを得ず身体拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその緊急及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急またはやむを得ない理由を記録いたします。

13 当事業所の概要

事業設置会社 : 株式会社 L e a d U
事業代表者名 : 代表取締役 伊藤 豊大
事業所名 : リードユー訪問看護ステーション
管理者名 : 古井 翔汰
介護保険指定番号 : 2362290781
所在地 : 愛知県一宮市猿海道 2 丁目 9-19
電話番号 : 0586-82-8002

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け指定訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利 用 者 代筆の場合はチェック ☐

< 住 所 >

< 氏 名 >

※代理人の方が署名する場合は、「代筆」に☑を記入ください。

代理人

< 住 所 >

< 氏 名 >

続柄 ()