

指定訪問看護／指定介護予防訪問看護 重要事項説明書

スタイル訪問看護ステーション

〒546-0033 大阪市東住吉区南田辺1丁目9番23号 高崎ビル3階

電話 06-4399-5516

FAX 06-4399-5517

指定訪問看護 [指定介護予防訪問看護]

重要事項説明書

2024年6月1日現在

本書は、ご利用者が指定訪問看護サービスを受けられるに際し、ご利用者やそのご家族に事前に知っておいていただきたい重要事項を記したものです。十分にご理解いただくとともに、ご不明な点等ございましたら遠慮なくお尋ねくださいますよう、よろしく願いいたします。

1. 当事業所の概要

(1) 指定訪問看護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 スタイル
代表者氏名	代表取締役 中村 映自
本社所在地 (連絡先)	大阪市東住吉区南田辺1丁目9番23号 高崎ビル3階 電話：06-4399-5516 FAX：06-4399-5517

2. ご利用者に対してサービスを実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	スタイル訪問看護ステーション
介護保険指定事業者番号	大阪府指定 2760890117
電話番号	06-4399-5516
所在地	大阪市東住吉区南田辺1丁目9番23号 高崎ビル3階
連絡先 相談担当者名	電話：06-4399-5516 FAX：06-4399-5517 中村 浩美
※サービスを提供する地域	東住吉区、平野区、阿倍野区

(2) 事業所の運営方針

ステーションの看護師等職員(以下職員)は、ご利用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、回復を図ると共に、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。事業の実施にあたっては、関係市町村、居宅支援事業所、在宅介護支援センター、地域包括支援センター、他の居宅サービス事業者、地域の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(2) 当事業所の職員体制

管理者	(氏名) 中村 浩美
-----	------------

職種	人 員
看護師	6名（常勤 5名、非常勤 1名）
作業療法士	4名（常勤 3名、非常勤 1名）
理学療法士	2名（常勤 1名、非常勤 1名）

職	職 務 内 容	人 員 数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 2 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 	常 勤 1名
看護職員のうち主として計画作成等に従事する者	<ol style="list-style-type: none"> 1 指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師から文書による指示を受けるとともに、主治の医師に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治の医師との密接な連携を図ります。 2 主治の医師の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い同意を得ます。 3 利用者へ訪問看護計画を交付します。 4 指定訪問看護の実施状況の把握及び訪問看護計画の変更を行います。 5 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。 6 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 7 サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。 8 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。 	常 勤 6名
看護職員 (看護師 理学療法士 作業療法士)	<ol style="list-style-type: none"> 1 訪問看護計画に基づき、指定訪問看護のサービスを提供します。 2 訪問看護の提供に当たっては、適切な技術をもって行います。 	常 勤 9名 非常勤 3名
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> 1 介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。 	常 勤 1 名

(4) 営業日および営業時間

営業日	月曜～金曜日
休業日	土曜、日曜、12月30日～1月3日
営業時間	午前8時半～午後5時30分

3. 提供するサービスとご利用料

訪問看護及び介護予防訪問看護サービスは、「居宅サービス計画」及び「予防居宅サービス計画」に沿って作成される「訪問看護計画」に基づいて提供します。

なお、サービスの提供にあたっては、ご利用者が居宅においてその有する能力に応じ自立した生活を営むことが出来るように配慮するとともに、市町村をはじめ関係機関、事業所との連携に努めます。

(1) 提供するサービスの内容について

訪問看護及び介護予防訪問看護サービスの内容	<ol style="list-style-type: none">1. 訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。<ol style="list-style-type: none">①健康状態の観察（血圧，体温，呼吸，脈拍）②清潔についての指導、援助（清拭，洗髪，入浴介助）③食事についての指導、援助④排泄についての指導、援助⑤褥瘡の予防⑥ターミナルケア⑦認知症患者の看護⑧本人や家族への療養相談、介護指導⑨服薬指導⑩ 医療器具等の管理⑪ その他必要な療養上の世話⑫ リハビリテーション『機能訓練（筋力訓練、関節可動域訓練など）、基本動作訓練（歩行、立ちあがり、起き上がり、移乗、座位保持訓練など）、日常生活動作訓練（トイレ、入浴、食事、更衣、整容訓練など）、杖や歩行器などの福祉用具選定のアドバイス、住宅改修のアドバイス、ご家族への介助方法のアドバイス、自主トレーニングのアドバイスなど』2. 訪問看護計画の作成 主治の医師(以下主治医)の指示並びにご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、ご利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。3. 特別な管理を必要とするご利用者に対して、計画的な管理を行い、指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護を提供します。 ※在宅悪性腫瘍患者指導管理等を受けている状態や、留置カテーテル等を使用している状態であること。 ※在宅酸素療法指導管理等を受けている状態や真皮を越える褥瘡の状態等であること。
-----------------------	---

(2) 職員の禁止行為

職員はサービス提供にあたって、次の行為は行いません。

- ① ご利用者又はご家族の金銭、預金通帳、証書、書類などの預かり
- ② ご利用者又はご家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ ご利用者の居宅家族に対するサービス提供
- ④ ご利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ 身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為(ご利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑥ その他ご利用者又はご家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスのご利用料、ご利用者負担額(介護保険を適用する場合)について

利用者負担額

※ 1割負担 1回当たりの利用料

指定訪問看護ステーションの場合

サービス提供時間数	30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
訪問看護	5,237円	523円	9,151円	915円	12,543円	1,254円
サービス提供時間数	30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
介護予防訪問看護	5,015円	501円	8,829円	882円	12,120円	1,212円

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問の場合

サービス提供回数	1日に2回までの場合	
	利用料	利用者負担額
訪問看護	6,538円	653円
サービス提供回数	1日に2回までの場合	
	利用料	利用者負担額
介護予防訪問看護	6,316円	631円

※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1日2回を超えて行う場合には1回につき所定単位数の100分の90に相当する単位数を算定する。

※理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が1日2回を超えて介護予防訪問看護を行った場合に1回につき100分の50に相当する単位数を算定する。

※前年度の理学療法士・作業療法士による訪問回数が看護職員の訪問回数を上回っている場合、1回につき8単位が減算されます。

※理学療法士、作業療法士による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に看護職員の代わりに訪問させるものであり、訪問看護計画書及び訪問看護報告書は、看護職員と、理学療法士、作業療法士が連携して作成します。

理学療法士等が行う訪問看護は通所リハビリテーションのみでは家屋内におけるADLの自立が困難である場合に、ケアプラン上に反映いただき、リハビリテーションをご利用いただきます。

※理学療法士、作業療法士が提供する介護予防訪問看護の利用が12月を超える場合は介護予防訪問看護費から15単位減算します。なお、入院による中断があり、かつ、医師の指示内容に変更がある場合は、新たに利用が開始されたものとします。

※サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅サービス計画及び訪問看護計画に位置付けられた時間数(計画時間数)によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、ご利用者の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに訪問看護計画の見直しを行いません。

※主治医(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問看護費は算定せず、別途医療保険による訪問看護の提供となります。

※ご利用料の計算:1ヶ月の合計単位数に地域加算(11.12)を乗じて算定します。

※ご利用者負担額は保険対象費用総額から保険給付分 9 割(収入に応じて 8 割、7 割となる場合あり)を差し引いた金額です。

※夜間(18 時～22 時)早朝(6 時～8 時)は 25%増し、深夜(22 時～6 時)は 50%増しになります。

※サービス提供に必要な居宅で使用する電気、ガス、水道の費用はご利用者の別途負担となります。

※衛生材料等は実費をご負担願います。

※担当する職員に関しては、ご利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制等により、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

加算

※1 割負担の場合

※ 指定訪問看護ステーション・病院又は診療所の場合 (加算)

加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
特別管理加算 (I)	5,000 円	500 円	1 月に 1 回
特別管理加算 (II)	2,500 円	250 円	
ターミナルケア加算	25,000 円	2,500 円	死亡月に 1 回
初 回 加 算	3,500 円	350 円	退院日当日
	3,000 円	300 円	退院日翌日以降 ※初回のみ
退院時共同指導加算	6,000 円	600 円	1 回当たり
複数名訪問看護加算	2,540 円	254 円	1 回当たり(30分未満)
	4,020 円	402 円	1 回当たり(30分以上)
長時間訪問看護加算	3,000 円	300 円	1 回当たり
口腔連携強化加算	5,000 円	500 円	月に 1 回
サービス提供体制強化加算 (I)	60 円	6 円	1 回当たり

※ 特別管理加算は、指定訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者(別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。→下段のかっこ内に記載しています。)に対して、指定訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に加算します。なお、「別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの」とは次のとおりです。

- ① 在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態
- ② 在宅自己腹膜灌流^{かんりゅう}指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ④ 真皮を超える褥瘡の状態
- ⑤ 点滴注射を週 3 日以上行う必要があると認められる状態

- ※ 特別管理加算(Ⅰ)は①に、特別管理加算(Ⅱ)は②～⑤に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に加算します。
- ※ ターミナルケア加算は、在宅で死亡された利用者について、利用者又はその家族等の同意を得て、その死亡日及び死亡日前14日以内に2日（末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものは1日）以上ターミナルケアを行った場合（ターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含む。）に加算します。
 その他別に厚生労働大臣が定める状態にあるものとは次のとおりです。

- イ 多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）、他系統萎縮症(綿糸体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群)、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷及び人工呼吸器を使用している状態
- ロ 急性増悪その他当該利用者の主治の医師が一時的に頻回の訪問看護が必要であると認める状態

- ※ 初回加算は新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、訪問看護を提供した場合に加算します。また退院時共同指導料を算定する場合は算定しません。
- ※ 退院時共同指導料は入院若しくは入所中の者が退院退所するにあたり、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した後に場合に加算します。また初回加算を算定する場合は算定しません。
- ※ 複数名訪問看護加算は、二人の看護師等(両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する。)が同時に訪問看護を行う場合(利用者の身体的理由により1人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合等)に加算します。
- ※ 長時間訪問看護加算は、特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える訪問看護を行った場合、訪問看護の所定サービス費(1時間以上1時間30分未満)に加算します。なお、当該加算を算定する場合は、別途定めた1時間30分を超過する部分の利用料は徴収しません。
- ※ 主治の医師(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による訪問看護費は算定せず、別途医療保険による訪問看護の提供となります。
- ※ 当事業所と同一建物若しくは同一の敷地内若しくは隣接する敷地内の建物に居住する利用者又は当事業所における一月当たりの利用者が20人以上居住する建物の利用者にサービス提供を行った場合は、上記金額の90/100となります。
 同一の敷地内若しくは隣接する建物とは、当該事業所と構造上、外形上、一体的な建築物及び同一敷地内並びに隣接する敷地にある建築物のうち効率的なサービス提供が可能なものを言います。
 同一の建物に20人以上居住する建物とは、前記に該当するもの以外で当事業所の利用者が20人以上居住する建物を言います。
 (介護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム、サービス付高齢者向け住宅に限る。)

(4) ご利用料、その他の費用の請求および支払い方法について

①ご利用料、その他の費用の請求

ア. 利用料、その他の費用は利用者負担のあるサービス提供ごとに計算し、利用のあった 月の合計金額により請求いたします。

イ. 毎月ごとの利用料金等は、利用月の翌月 10 日前後に請求書をお渡しします。

②利用料、その他の費用の支払い

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

①自動口座引き落とし	ご指定の金融機関の口座から月 1 回引き落とします。 (銀行及び郵便局)
②現金払い	月 1 回定められた日にお支払い願います。

- ・お支払いは、預金口座振替（利用者の取引金融機関からの自動引き落とし）のご利用をお勧めします。
 - ・口座振替の場合、利用月の翌月 27 日（金融機関日休業日の場合は、翌営業日）に引き落としさせていただきます。ご入金・残高の確認をお願いします。
 - ・現金の場合は、請求日から 20 日以内にお支払い下さい。
 - ・お支払い確認後、領収書をお渡しします。（再発行不可）
- ※ご利用料、ご利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用のお支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、お支払い期日から二か月以上遅延し、さらにお支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

4. キャンセル

(1) ご利用者がサービスの利用をキャンセルされる際には、速やかに所定の連絡先までご連絡下さい。

(2) サービス実施日の前日までにご連絡のない無断のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなります。

*ただし、ご利用者の容態の急変など、緊急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。

時間	キャンセル料	備考
サービスご利用日の前日まで	無料	
サービスご利用日の当日	1 提供あたりの料金の全額	全額

5. サービスの提供にあたって

(1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(2) ご利用者が要介護認定を受けていない場合は、ご利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われて

いない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くともご利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

- (3) 主治医の指示並びにご利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、ご利用者及び家族の意向を踏まえて、「訪問看護計画」を作成します。なお、作成した「訪問看護計画」は、ご利用者又はご家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行ないます。なお、「訪問看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 職員に対するサービス提供に関する具体的な指示は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、ご利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

6. 主治医による訪問看護指示書について

訪問看護及び介護予防訪問看護サービスを受けるにあたっては、主治医による訪問看護指示書が必要となります。

訪問看護指示書については、以下の点についてご了承願います。

- ①主治医による訪問看護指示書の発行に際しては指示書(手数)料が発生し、ご利用者に負担して頂く必要があります。
- ②主治医による訪問看護指示書には指示期間(1ヶ月～6ヶ月)があり、その期間は主治医により決められます。
- ③主治医による訪問看護指示書の更新手続きは、基本的には当事業所において行います。(ただし、更新の意思がなければその旨を申し出て頂ければいつでも中止することは可能です。更新の意思がない場合は、指示期間満了の3週間前までに当事業所にお申し出下さい。)
- ④主治医による訪問看護指示書は更新の都度、指示書(手数)料が発生し、ご利用者に負担して頂く必要があります。

7. 複数名での担当について

サービスは複数名で担当をします。

また、2週間以上サービスを休止される場合は曜日・時間を変更する場合があります。

※ 担当する看護職員等に関しましては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

8. 身分証携行義務

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご利用者のご家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

9. 心身の状況の把握

指定訪問看護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、ご利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスのご利用状況等の把握に努めるものとします。

10. 居宅介護支援事業者等との連携

- ① 指定訪問看護の提供に当り、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「訪問看護計画」の写しを、ご利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ③ サービスの内容が変更された場合またはサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面またはその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

11. サービス提供の記録

- ① 指定訪問看護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービス提供の日から2年間保存します。
- ② ご利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

12. 衛生管理等

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 看護職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。
- (5) 指定訪問看護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。

13. 緊急時の対応方法について

事業者は、訪問看護及び介護予防訪問看護の提供を行なっている時にご利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は速やかに、主治医、救急隊、家族その他ご利用者が予め指定する

緊急連絡先、及び居宅介護支援事業者などに連絡を取り、救急治療あるいは救急入院等に必要な措置を講じます。

緊急 連 絡 先	氏名	(続柄：)
	住所	
	電話番号	

1 4. 事故発生時の対応方法について

ご利用者に対する指定訪問看護の提供により事故が発生した場合は、市町村、ご利用者のご家族、ご利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、ご利用者に対する指定訪問看護の提供によりご利用者の生命、身体、財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において、損害賠償を速やかに行います。

1 5. 秘密の保持と個人情報の保護について

1. ご利用者及びそのご家族に関する秘密の保持について	<ul style="list-style-type: none">① 事業者は、ご利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びそのご家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
2. 個人情報の保護について	<ul style="list-style-type: none">① 事業者は、ご利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、ご利用者の個人情報を用いません。また、ご利用者のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等でご利用者のご家族の個人情報を用いません。② 事業者は、ご利用者及びそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。③ 事業者が管理する情報については、ご利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

1 6. 虐待の防止について

事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、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。

虐待防止に関する責任者	管理者 看護師 中村浩美
-------------	--------------

(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。

(5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。

(6) 虐待の防止のための指針を作成します。

17. 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、訓練を実施します。

18. サービス提供に係る苦情・要望・相談などの窓口

苦情処理の体制及び手順

ア：提供した指定訪問看護に係るご利用者及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ：相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制は以下のとおりとします。

事業所の 窓口	事業所名	スタイル訪問看護ステーション
	苦情相談窓口責任者	中村 浩美
	所在地	大阪市東住吉区南田辺1丁目9番23号 高崎ビル3階
	電話番号	06-4399-5516
	受付時間	午前8時半から午後5時30分まで（土・日・祝日を除く）
市町村の 窓口	名称	大阪市東住吉区保健福祉センター 地域保健福祉担当
	所在地	大阪市東住吉区東田辺1-13-4
	電話番号	06-4399-9859
	受付時間	午前9時から午後5時30分まで
市町村の 窓口	名称	大阪市阿倍野区保健福祉センター 地域保健福祉担当
	所在地	大阪市阿倍野区文の里1-1-40
	電話番号	06-6622-9859
	受付時間	午前9時から午後5時30分まで
市町村の 窓口	名称	大阪市平野区保健福祉センター 地域保健福祉担当
	所在地	大阪市平野区背戸口3-8-19
	電話番号	06-4302-9859
	受付時間	午前9時から午後5時30分まで

※訪問看護及び介護予防訪問看護サービスに関する相談、要望、苦情などはサービス提供職員が当事業所、上記窓口までお申し出下さい

年 月 日

訪問看護及び介護予防訪問看護サービスの提供開始にあたり、
ご利用者に対して本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者 所在地 大阪市東住吉区南田辺 1 丁目 9 番 23 号 高崎ビル 3 階
名称 株式会社 スタイル
代表者名 代表取締役 中村 映自 印

事業所 名称 スタイル訪問看護ステーション

説明者 氏名 _____

私は、本書面により、事業者から訪問看護及び介護予防訪問看護サービスに
ついての重要事項の説明を受け、内容について同意しました。

ご利用者 氏名 _____

(代理人) 氏名 _____