

# 重要事項説明書

当事業所は、公益社団法人群馬県看護協会の直営の事業所です。

## 1. 事業者の概要

名称	公益社団法人 群馬県看護協会
代表者名	会長 神山智子
住所	群馬県前橋市上泉町 1858-7
代表電話番号	027-269-5565
事業概要	群馬県内の看護職能団体です。看護職の資質向上と県民の健康と福祉の増進を目的に活動しています。群馬県内で訪問看護事業所、居宅介護支援事業所を運営しています。

## 2. 事業所の概要

事業所名	群馬県看護協会訪問看護ステーション
所在地	群馬県前橋市上泉町 1858-7
管理者氏名	山路 聰子
電話番号	027-264-0375
FAX番号	027-264-0078
事業所番号	(医療保険) 0190012 (介護保険) 1060190012
サービス提供地域	前橋市（富士見赤城山を除く） ※

※サービス提供地域以外にお住まいの方でも、ご希望の方はご相談ください。

## 3. 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	9:00～17:00（訪問看護時間）
休業日	土・日曜日、国民の祝日、年末年始（12/29～1/3）

※自然災害等で訪問が困難な場合には、やむを得ずサービスを中止または変更することがあります。

## 4. 運営方針

- (1) 障害や疾病を抱えた利用者に対しその生活の質の確保に努め、住み慣れた地域社会や家庭で継続して療養できるように援助します。
- (2) 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ます。
- (3) 訪問看護サービスを提供する際は、利用者または家族等に事前に十分説明を行い、承諾を得て実施します。
- (4) 医学の進歩に沿った適切な看護技術をもって対応できるように研鑽を積んでいます。

## 5. 事業所の職員体制および職務内容

職種		常勤	非常勤	計	職務内容
管理者	保健師	1名		1名	従業者及び業務の管理を行います。適宜訪問看護も行います。
副管理者	看護師	1名		1名	管理者が不在の場合に管理者を代行します。
従業者	看護師	5名	7名	12名	主治の医師の指示に基づいて訪問看護計画を作成し、計画を基に訪問看護を実施します。
	理学療法士	1名		1名	看護業務の一環として主治の医師の指示に基づいて、看護計画を作成し、計画を基にリハビリを実施します。
	作業療法士		1名	1名	
	言語聴覚士		1名	1名	
事務職		1名	3名	4名	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

## 6. 訪問看護の提供方法

(1) 訪問看護の開始に際して主治医による指示を文書（指示書）で受けます。

(2) 訪問看護計画書の作成と同意

①事業者は、主治医の指示、利用者の日常生活全般の状況及び希望を踏まえて、訪問看護計画を作成します。

②理学療法士・作業療法士・または言語聴覚士がサービスを提供する場合は、看護師と連携して作成します。

③訪問看護計画は居宅サービス計画が作成されている場合は、その内容に沿って作成します。

④作成した訪問看護計画は、利用者または家族等に説明し、同意を得るものとします。

⑤訪問看護計画書は、定期的に主治医に提出します。

(3) 訪問看護の提供

主治医と連携を図りながら、訪問看護計画書に基づいて訪問看護を提供します。また、サービス提供の内容等の記録を行います。

(4) 訪問看護の内容

①健康相談

②日常生活の支援

③医師の指示による医療処置

④リハビリテーション

※リハビリ職員による訪問看護は、看護業務の一環としての位置づけのため、看護師も定期的に訪問する等、連携しながら実施します。

⑤終末期の看護

⑥家族に対する介護に関する相談・支援

⑦各種在宅サービスに関する相談と情報提供

(5) 報告書の作成

訪問看護報告書を作成し、定期的に主治医に提出します。

## 7. 訪問看護費用

### (1) 介護保険制度に基づく（介護予防）訪問看護費用

利用者負担額は、1単位あたり10.21円の額に対する介護保険負担割合（1～3割）に基づく額となります。ただし限度額を超えた場合は10割負担となります。

サービス内容		算定基準	単位数	算定回	該当	
看護師	予防	訪問看護Ⅰ1	20分未満	303単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ2	30分未満	451単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ3	30分以上1時間未満	794単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ4	1時間以上1時間30分未満	1,090単位	1回毎	
	介護	訪問看護Ⅰ1	20分未満	314単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ2	30分未満	471単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ3	30分以上1時間未満	823単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ4	1時間以上1時間30分未満	1,128単位	1回毎	
理学療法士等	予防	訪問看護Ⅰ5	1回20分につき(1週6回まで)	284単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ5.2超	1日3回以上	上記の50%	1回毎	
		利用を開始した月から12か月を超えた場合	所定単位数から1回につき5単位減算		1回毎	
	介護	訪問看護Ⅰ5	1回20分につき(1週6回まで)	294単位	1回毎	
		訪問看護Ⅰ5.2超	1日3回以上	上記の90%	1回毎	
早朝加算		6:00～8:00	所定単位の25%		1回毎	
夜間加算		18:00～22:00	所定単位の25%		1回毎	
深夜加算		22:00～6:00	所定単位の50%		1回毎	
サービス提供体制強化加算 (注1)		(I)	6単位	1回毎		
		(II)	3単位			
特別管理加算(注2)		(I)	500単位	1月毎		
		(II)	250単位			
緊急時訪問看護加算(注3)		(I)	600単位	1月毎		
専門管理加算(注4)			250単位	1月毎		
口腔連携強化加算(注5)			50単位	1回毎		
中山間地域等提供加算		中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位の5%		1月毎	
長時間訪問看護加算(注6)		1時間30分以上の訪問看護を行う場合	300単位	1回毎		
退院時共同指導加算(注7)			600単位	該当月		
初回加算(注8)		(I)	350単位	該当月		
		(II)	300単位			
看護・介護職員連携強化加算 (注9)			250単位	1月毎		

複数名訪問加算（注 10）	I 看護師同行	30 分未満 30 分以上	254 単位 402 単位	1 回毎	
	II 看護補助者同行	30 分未満 30 分以上	201 単位 317 単位	1 回毎	
ターミナルケア加算（注 11）			2,500 単位	死亡月	
看護体制強化加算（注 12）	予防		100 単位	1 月毎	
	介護（I）		550 単位		
	介護（II）		200 単位		

介護保険制度に基づく（介護予防）通常のサービス提供地域を越えて行った場合は、以下の交通費をお支払いいただきます。

片道おおむね 10 キロメートル未満	1 回 300 円
片道おおむね 10 キロメートル以上 20 キロメートル未満	1 回 400 円
片道おおむね 20 キロメートル以上	1 回 500 円

注 1. サービス提供体制強化加算（区分支給限度基準額の算定対象外となります。）

研修の実施や定められた年数勤務している者が一定割合以上配置されている等、基準に適合しているものとして都道府県に認められた場合に算定します。

注 2. 特別管理加算（区分支給限度基準額の算定対象外となります。）

特別な管理を要する利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にある者）に対して、計画的な管理を行った場合に算定します。

特別管理加算（I）：

①在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理・在宅強心剤持続投与指導管理、又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態

②気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態

特別管理加算（II）：

③在宅自己腹膜灌流指導管理、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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態

④人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

⑤真皮を越える褥瘡の状態

⑥点滴注射を週 3 回以上行う必要があると認められる状態

注 3. 緊急時訪問看護加算（区分支給限度基準額の算定対象外となります。）

利用者又は家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあり、かつ緊急訪問における業務負担の軽減に資する十分な業務管理体制の整備が行われている事業所が、利用者の同意を得た場合に加算されます。

注 4. 専門管理加算

専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が専門的な管理を含む訪問看護を計画的に実施する場合に加算されます。

## 注 5. 口腔連携強化加算

口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者または家族の同意を得て歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合に加算されます。

## 注 6. 長時間訪問看護加算

特別管理加算の対象者に対して、1時間以上1時間30分未満の訪問看護を行った後に、引き続き訪問看護を行い、所要時間の通算が1時間30分以上となる場合加算されます。

## 注 7. 退院時共同指導加算

保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、主治医等と訪問看護ステーションの看護師が共同して、在宅での療養上必要な指導を行った場合加算されます。

## 注 8. 初回加算

新規に訪問看護計画を作成した利用者に対して、退院日に訪問看護を提供した場合は（Ⅰ）、退院日翌日以降に訪問看護を提供した場合は（Ⅱ）が加算されます。

## 注 9. 看護・介護職員連携強化加算

訪問介護事業所と連携し、たんの吸引等が必要な利用者に係る計画の作成や訪問介護員に対する助言等の支援を行った場合に加算されます。

## 注 10. 複数名訪問加算

同時に複数の看護師、または看護補助者が訪問看護を行うことについて、利用者または家族等の同意を得ている場合であって、次のいずれかに該当する場合加算されます。

- ①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
- ②暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合
- ③その他利用者の状況から判断して、①又は②に準ずると認められる場合

## 注 11. ターミナルケア加算 ※介護予防は該当しません。

都道府県知事に届け出た指定訪問看護事業所がその死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上（死亡日及び死亡日前14日以内に医療保険による訪問看護の提供を受けている場合は1日以上）ターミナルケアを行った場合に加算されます。（ターミナルケアを行った後、24時間以内に在宅以外で死亡した場合を含む。）

## 注 12. 看護体制強化加算

緊急時訪問看護加算、特別管理加算、ターミナルケア加算のいずれも一定割合以上の実績がある事業所で、基準に適合しているものとして都道府県知事に認められた場合に加算されます。

## (2) 医療保険の訪問看護費用

利用者負担額は、下記表1に対する被保険者証の負担割合（1～3割）、受給者証・認定証の種別に基づく額となります。この額に、下記表2 交通費および休日利用料が加わります。

表1 診療報酬に基づく費用

項目	内容	該当
基本療養費Ⅰ（保健師・助産師・看護師）	週3日目まで 5,550円／日 週4日目以降 6,550円／日	
基本療養費Ⅰ（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）	5,550円／日	
基本療養費Ⅱ (同一建物への訪問)	同一日に2人 5,550円／日 週4日目以降 6,550円（保健師・助産師・看護師の場合） 同一日に3人以上 2,780円／日 週4日目以降 3,280円（保健師・助産師・看護師の場合）	
基本療養費Ⅲ（入院中外泊時の訪問）	8,500円／日	
緩和ケア・褥瘡ケア・人工肛門ケア・人工膀胱ケア専門訪問看護料（注13）	12,850円／月	
訪問看護管理療養費 (注14)	機能強化型1 月の初日は 13,230円 2日目以降 3,000円／日 機能強化型2 月の初日は 10,030円 2日目以降 3,000円／日 機能強化型3 月の初日は 8,700円 2日目以降 3,000円／日 1, 2, 3以外 月の初日は 7,670円 2日目以降 3,000円／日	
専門管理加算（注15）	2,500円／月	
緊急訪問看護加算（注16）	2,650円／日（月14日まで） 2,000円／日（月15日以降）	
難病等複数回訪問加算	1日につき2回：4,500円 3回以上：8,000円	
長時間訪問看護加算（注17）	5,200円／週	
乳幼児加算（6歳未満）（注18）	1,800円／日（厚労省が定める者に該当） 1,300円／日（上記以外）	
複数名訪問看護加算 (注19)	週1日 4,500円／日 週2日以上 1日につき1回：3,000円 2回：6,000円 3回以上：10,000円	
早朝・夜間加算 (6:00～8:00、18:00～22:00)	2,100円／回	
深夜加算（22:00～6:00）	4,200円／回	
24時間対応体制加算イ（注20）	6,800円／月	

特別管理加算（注 21）	重症度高い	5,000 円／月	
	上記以外	2,500 円／月	
退院時共同指導加算（注 22）		8,000 円	
特別管理指導加算（注 23）		2,000 円	
退院支援指導加算（注 24）	長時間	8,400 円	
	上記以外	6,000 円	
在宅患者連携指導加算（注 25）		3,000 円／月	
在宅患者緊急時等カンファレンス加算（注 26）		1回 2,000 円（月 2 回に限り）	
看護・介護職員連携強化加算（注 27）		1 月につき 2,500 円	
訪問看護医療 DX 情報活用加算（注 28）		50 円／月	
訪問看護ベースアップ評価料（注 29）		780 円／月	
訪問看護情報提供療養費	1	市町村等からの求めに応じ、厚労大臣が定める疾病、18 歳未満の児童等の利用者に係る保健福祉サービスに必要な情報提供	月 1 回 1,500 円
	2	厚労大臣が定める疾病等の利用者の入園・入学時・転校時等に保育所、学校等からの求めに応じ情報提供	//
	3	保険医療機関等に入院・入所にあたり主治医に訪問看護に係る情報提供	//
訪問看護ターミナルケア療養費	1	在宅又は特別養護老人ホーム等で死亡した利用者に対し、支援体制を家族に説明して死亡日及び死亡前 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを行った場合	25,000 円
	2	特別養護老人ホーム等で看取り介護加算を算定している利用者にターミナルケアを行った場合	10,000 円

表2 実費負担となる利用料

項目	内容
休日利用料	1回 1,000 円
交通費	1回 300 円 往復 20 km を越した場合、2 km ごとに 50 円増し

注 13. 緩和ケア・褥瘡ケア・人工肛門ケア・人工膀胱ケア専門訪問看護料

一定の病状にある者に対して専門性の高い看護師と看護師が同日に訪問した場合に算定します。

注 14. 訪問看護管理療養費

24 時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等の基準要件をすべて満たし、地方厚生局に届け出た機能の高い訪問看護ステーションでの管理療養費です。訪問看護ステーションの基準に応じて算定されます。

注 15. 専門管理加算

専門の研修を受けた看護師又は特定行為研修を修了した看護師が専門的な管理を含む訪問看護を計画的に実施する場合に加算されます。

#### 注 16. 緊急訪問看護加算

計画的な訪問以外に利用者の求めに応じて緊急訪問を行った場合に 1 日につき 1 回加算されます。

#### 注 17. 長時間訪問看護加算

長時間の訪問を要する利用者（人工呼吸器を使用している者、特別な管理を必要とする者、特別訪問看護指示書での訪問）に対して、1 回の指定訪問看護の時間が 90 分を超えた場合は、週 1 回に限り、加算されます。（15 歳未満児で重症及び特別管理加算対象の場合のみ週 3 日まで）

#### 注 18. 乳幼児加算

6 歳未満の乳幼児（厚労省が定めるものに該当する場合には 1800 円、それ以外の場合には 1300 円）に対して訪問看護を行った場合、1 日につき 1 回加算されます。

#### 注 19. 複数名訪問看護加算

複数の看護師等との同行による訪問看護を行った場合に加算されます。

#### 注 20. 24 時間対応体制加算イ

利用者又は家族等からの電話等に常時対応でき、必要に応じて緊急訪問を行える体制にあり、かつ 24 時間対応体制における業務負担の軽減の取り組みを行っている事業所が、利用者の同意を得た場合に加算されます。

#### 注 21. 特別管理加算

重症度の高い利用者（在宅麻薬等注射指導管理・在宅腫瘍化学療法注射指導管理・在宅強心剤持続投与指導管理・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態）の場合に 5000 円加算されます。

上記以外（①在宅自己腹膜灌流指導管理、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、在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態②人工肛門又は人工膀胱を設置している状態③真皮を越える褥瘡の状態④在宅患者点滴注射管理料算定）の対象者に訪問した場合に 2500 円加算されます。

#### 注 22. 退院時共同指導加算

保険医療機関又は介護老人保健施設及び介護医療院に入院中又は入所中で、訪問看護を受けようとする患者に対し、退院又は退所に当たって、当該主治医と看護師等が共同して在宅での療養上必要な指導を行った場合に加算されます。

#### 注 23. 特別管理指導加算

退院時共同加算を算定する利用者のうち、特別管理加算の対象となる利用者について加算されます。

#### 注 24. 退院支援指導加算

厚生労働大臣が定めた疾病や特別管理加算の対象者及び退院当日に訪問看護が必要と認められた利用者に対し、看護師等が退院日に在宅において療養上必要な指導を行った場合に加算されます。（長時間にわたる療養上必要な指導を行った場合は 8400 円）

#### 注 25. 在宅患者連携指導加算

看護師等が、利用者（または家族）の同意を得て、訪問診療を実施している保険医療機関を含め、歯科訪問診療を実施している保険医療機関または訪問薬剤管理指導を実施している保険薬局と月 2 回以上文書等により情報共有を行うとともに、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った場合に月 1 回に限り加算されます。

#### 注 26. 在宅患者緊急時等カンファレンス加算

患者の急変等に際し、主治医等の求めにより看護師等がカンファレンスに参加して、診療方針等について話し合いを行い、患者に指導を行った場合に加算されます。

#### 注 27. 看護・介護職員連携強化加算

喀痰吸引等の業務を行う介護職員等に看護師が喀痰吸引等の支援を行なった場合に加算されます。

#### 注 28. 訪問看護医療 DX 情報活用加算

オンライン資格確認等システムを導入し、初回訪問時等に診療情報・薬剤情報を取得・活用して計画的な管理を行い、訪問看護を提供した場合に加算されます。

## 注 29. 訪問看護ベースアップ評価料

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして届出をし、職員の賃金の改善を図る体制にある事業所の場合に算定されます。

### (3) その他の料金（自費）

保険外自費訪問の利用料	営業時間内：最初の1時間 8,000円 以降、30分ごとに 4,000円 営業時間外：最初の1時間 9,000円 以降、30分ごとに 4,500円 交通費 1回 300円（片道 10Km 以上 20Km 未満 400円、片道 20Km 以上 500円）
エンゼルケア料金 (死後のケア)	10,000円 交通費 300円（片道 10Km 以上 20Km 未満 400円、片道 20Km 以上 500円）
キャンセル料金	1回 1,000円 ※看護師等がご自宅等到着後のキャンセルをさします。 容態の変化等による緊急の場合はこの限りではありません。

### (4) その他

- ①サービス実施のために使用する利用者宅の水道・ガス・電気・電話等の費用は、利用者の負担となります。
- ②訪問看護をキャンセルされる場合は、訪問時間の1時間前までにご連絡下さい。

## 8. 利用料金等の請求と支払い方法

- (1) 月ごとに清算し、当該月分の請求書を翌月の10日前後に発行いたします。
- (2) 支払い方法は、毎月27日（当日が金融機関休業日の場合は翌営業日）に指定口座からの口座振替となります。現金でのお支払いも可能です。
- (3) 預金残高不足で引き落としができなかった場合は、翌月に合わせて請求させていただきます。  
2か月間続けて引き落としができなかった場合は、現金でのお支払をお願いします。
- (4) 支払いの確認後に領収書を発行します。  
領収書の再発行はいたしません。確定申告の医療費控除を受ける場合に必要です。大切に保管してください。

## 9. 緊急時における対応

訪問看護サービスの利用期間中または、訪問看護サービス提供中に容態の変化などがあった場合は必要な対応を行い、速やかに主治医および家族に連絡を取るなどの対応をします。

## 10. 事故発生時の対応

訪問看護サービスの提供にあたって事故が発生した場合には、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかに家族等、居宅介護支援事業者、利用者の住所地の市町村に対して連絡を行います。また、当該事故の状況および事故に際してとった処置等について経過と対応を記録するとともに、その原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

## 11. 損害賠償

利用者に対する訪問看護の提供により賠償すべき事項が発生した場合に、損害賠償をすみやかに行います。

## 12. 守秘義務及び個人情報の取り扱い

### (1) 守秘義務および漏えい防止のための措置

- ①事業者は、利用者及び家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」および「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、適切な取り扱いに務めます。
- ②職員は、サービスを提供するうえで知り得た利用者および家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は、契約が終了した後並びに職員が退職した後も継続します。
- ③事業者は、全ての職員に対して業務上知り得た利用者及び家族等の秘密を保持させるため、職員である期間および職員でなくなった後においてもその秘密を守る旨を、事業者との雇用契約の内容とします。

### (2) 個人情報の取り扱い

- ①事業者は、利用者およびその家族等からあらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者およびその家族等の個人情報を用いません。
- ②事業者は、利用者およびその家族等の個人情報を下記における業務上必要な範囲において使用および第三者提供します。
  - ・利用者に提供するサービス
  - ・保険請求のための事務
  - ・当法人の行う管理運営業務
  - ・他の医療機関、関係機関との連携
  - ・家族等への状況説明
  - ・行政機関等、法令に基づく照会・確認
  - ・賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
  - ・その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）
- ③事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとします。（開示は事業者の営業時間内とし、開示に際して複写料が必要な場合は利用者の負担となります。）

## 13. 虐待防止のための措置

事業者は、利用者の人権擁護・虐待の発生防止等のため、以下の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止のための指針を整備します。
- (3) 職員に対し、虐待防止を普及・啓発するための研修を定期的に実施します。
- (4) 当該事業所職員または養護者（現に擁護している利用者の家族等）による虐待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。

## 14. 身体拘束等の適正化のための措置

事業者は、利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為（「身体拘束等」といいます）を行ってはならないこととし、以下の対策を講じます。

- (1) やむを得ず身体拘束等を行う場合は、他機関と連携を図り、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など、必要な事項を記録します。
- (2) やむを得ず身体拘束等を行う場合は、利用者及び家族等に対して身体拘束の内容、理由、期間等を説明して同意を得ます。

## 15. ハラスメントの防止

事業者は、職員の労働環境において安全を確保するために、ハラスメントの防止に取り組みます。

(1) 事業者は、以下の行為を含むハラスメント行為をいかなる場合であっても許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになる）行為
- ② 威圧的な態度、罵声を浴びせる、物を投げつける、刃物を向ける等の行為
- ③ 過剰なサービスの要求、理不尽な要求
- ④ 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
- ⑤ 卑猥な言動を繰り返す、必要もなく体を触る、好意的態度の要求等の性的な嫌がらせ行為
- ⑥ その他ハラスメント行為と認められる行為

(2) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。また、介護現場におけるハラスメント発生状況の把握に努めます。

(3) ハラスメントと判断された場合には、行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善、利用契約の解除等の措置を講じます。

## 16. 感染症対策

事業所において、感染症の発生および蔓延を防止するための措置を講じます。

(1) 職員の健康状態について必要な管理を行います。事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

(2) 事業所における感染症の予防および蔓延防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、結果を職員に周知します。

(3) 職員に対し感染症の予防及びまん延の防止の為の研修会及び訓練を定期的に実施します。

## 17. 事業継続に向けた取り組み

事業所は、災害や感染症の発生時において、利用者に対する訪問看護の提供を継続的に実施するまたは非常時に早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、職員に周知するとともに、必要な研修及び訓練を実施します。また、定期的に業務継続計画を見直します。

## 18. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の訪問看護に関する苦情窓口を設置しています。

担当 群馬県看護協会訪問看護ステーション 山路 聰子

電話 027-264-0375 (受付時間 月～金曜日 9:00～17:00)

(2) 当事業所以外にも市町村等に苦情窓口があります。

前橋市 電話 027-224-1111 (代表) 担当 介護保険課

国民健康保険団体連合会 電話 027-290-1323 (苦情相談専用)

## 19. 提供するサービスについて、第三者評価の実施はありません。

当事業所では、介護サービス情報をインターネットで公表しております。

群馬県介護サービス情報の公表の URL <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php>

訪問看護サービス開始にあたり、重要事項説明書に基づき、利用者に対して説明をいたしました。

<事業者> 事業者名 公益社団法人 群馬県看護協会  
事業所 群馬県看護協会訪問看護ステーション  
住所 群馬県前橋市上泉町 1858-7  
代表者氏名 管理者 山路 聰子  
事業所番号 (医) 0190012 (介) 1060190012

説明者 \_\_\_\_\_

## 同意書

私は、事業者から重要事項の説明を受けました。この内容について、同意いたします。

西暦 年 月 日

利用者 住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_

家族代表 住 所 \_\_\_\_\_  
(または代理人) 氏 名 \_\_\_\_\_

(本人との関係 )