

訪問看護重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています
(堺市指定 第 2766390435 号)

◇◆目次◆◇

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 訪問看護の内容と利用料金等
4. 利用料金、その他の費用の請求および支払方法について
5. 事業者の記録作成・交付について
6. 虐待防止について
7. 秘密の保持と個人情報の保護について
8. 損害賠償について
9. 心身の状況の把握について
10. 衛生管理等について
11. 契約の終了について
12. 当事業所看護に関する相談・苦情について
13. 緊急時（事故発生時）の対応

スーパー・コート堺神石訪問看護ステーション

最終ページにご署名・ご捺印をお願いいたします

訪問看護重要事項説明書

当事業所は利用者に対して訪問看護サービスを提供します。事業所の内容や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者

事業者名称	株式会社 スーパー・コート
代表者氏名	代表取締役 山本 晃嘉
法人所在地	大阪市西区西本町1丁目7番7号 TEL 06-6543-2291 FAX 06-6541-9004

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	スーパー・コート堺神石訪問看護ステーション
介護保険指定事業者番号	堺市指定 第2766390435号
事業所所在地	大阪府堺市西区鳳北町10丁25 コートロジパートI 107号 TEL 072-267-0600 FAX 072-267-0601
事業実施地域	堺市堺区、堺市西区

(2) 事業の目的および運営方針

・事業の目的

要介護状態となった利用者が、可能な限りその居宅において、可能な限りその有する能力や状態に応じて、安定した療養生活が送れるよう、訪問看護計画に基づき、医療的な援助、健康管理、機能訓練等の援助を行うことにより、利用者の心身の機能の維持ならびに利用者の家族等の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。

・運営方針

利用者の意思および人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、大阪市や他の保健医療サービスおよび福祉サービス事業者、地域との連携に努め、懇切丁寧なサービスを提供する。また、常に看護技術の進歩に対応し、適切な看護技術をもってサービスの提供を行う。

(3) 事業所の営業日と営業時間

・営業日 月曜日～日曜日

・営業時間 午前9時00分～午後18時00分

上記の営業日・営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

(4) 事業所のサービス提供日とサービス提供時間

・サービス提供日 月曜日～日曜日

・ サービス提供時間 午前 9 時 0 0 分～午後 1 8 時 0 0 分

(5) 事業所の職員体制

・ 事業所の管理者 1 名（常勤）

・ 訪問看護員 1 名（常勤）・ 1 名（非常勤）

職	職務内容	人員数
管理者	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	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 1 名
看護職員 （看護師・ 准看護師）	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 1 名 非常勤 1 名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
訪問看護計画の作成	主治の医師の指示並びに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、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。
訪問看護の提供	訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。 具体的な訪問看護の内容 ① 医療的な援助（インスリン、胃瘻注入、褥瘡処置等） ② 健康管理（バイタルチェック、皮膚状態観察等） ③ 機能訓練（歩行訓練、立位訓練、日常動作訓練等） ④ 相談業務・援助

(2) 看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ② 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ③ 利用者の同居家族に対するサービス提供
- ④ 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- ⑤ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（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 その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、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利用料等

・指定訪問看護ステーション

サービス提供時間	20 分未満	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
基本単位	3 1 3	4 7 0	8 2 1	1 1 2 5

* 早朝（6 時～8 時）及び夜間（18 時～22 時）は、上記単位に 25%加算されます。

* 深夜（22 時～翌 6 時）は、上記単位に 50%加算されます。

* 単位数×10.70 円（5 級地）となります。

* 看護体制強化加算 ⇒ 300 単位/月

（中重度の要介護者の在宅生活を支える訪問看護体制）

- ・利用料金

サービス利用料金については介護法報酬の公示上の金額とします。

訪問看護にかかるサービス利用料金等については、当該サービスが介護保険給付の適用となる場合、利用者は所定の利用料金から介護保険給付額を差し引いた金額（利用者負担額）を支払うものとします。ただし、利用者がいまだ要介護認定を受けていない場合および居宅サービス計画が作成されていない場合などで、法定代理受領ができない場合には、利用者は利用料金等の全額を事業者に対し、いったん支払うものとします。

- （１） キャンセル料

サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。

利用前日の 18 時までのご連絡の場合	キャンセル料不要
利用前日の 18 時以降または	
サービス利用前までにご連絡の場合	1 提供当りの料金の 10%
サービス利用前までにご連絡のない場合	1 提供当りの料金の 25%

ただし、利用者様の容態の急変など、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。

- （２） 交通費

利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費を実費請求いたします。

4. 利用料金等の請求および支払方法について（契約書第 7 条）

- ・利用料金、その他の費用の請求

利用料金、その他の費用は 1 ヶ月ごとに計算し、請求します。

請求書は、利用明細を添えて利用のあった月の翌月 20 日までにお届けします。

- ・利用料金、その他の費用の支払い

利用料金、その他の費用の支払いは、請求月の末日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。

- ① 現金による支払い

当事業所窓口にてお支払いください。

- ② 事業者指定口座への振り込み

三菱 UFJ 銀行信濃橋支店 普通預金 1 1 4 2 7 1 8

口座名義 株式会社スーパー・コート

※振込手数料は別途ご負担ください。

- ③ 自動払い込み利用による支払い

5. 事業者の記録作成・交付について（契約書第 11 条）

利用者は、事業者が作成した利用者の訪問看護サービスの提供内容に関する記録を閲覧し、またその複写物の交付を請求することができます（その際には実費をご負担ください）。

6. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の為に、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 研修等を通じて従業者の人権意識の向上や、知識や技術の向上に努めます。
- ② 個別支援計画の作成等、適切な支援の実施に努めます。
- ③ 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

7. 秘密の保持と個人情報の保護について（契約書第 12 条）

・利用者およびその家族等に関する秘密の保持

事業者およびサービス従事者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその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も継続します。

・個人情報の保護

事業者およびサービス従事者は、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、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の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において、当該家族の個人情報を用いませぬ。

事業者は、利用者およびその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際も第三者への漏洩を防止しなければならない。

8. 損害賠償について（契約書第 14 条）

事業者の責任により利用者に生じた損害については事業者は速やかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、利用者に故意または過失がある場合には、事業者の損害賠償義務を減免する場合があります。

保険会社：三井住友海上火災保険株式会社

保険名：職業賠償責任保険

9. 心身の状況の把握について

指定訪問看護の提供に当たっては、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、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利用状況等の把握に努めるものとします。

10. 衛生管理等について

- ・看護職員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。
- ・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。

11. 契約の終了について（契約書第2条・第15条～第17条）

本契約の有効期間は、契約締結の日から3ヶ月間ですが、契約期間満了の2日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合には、契約はさらに同じ条件で更新され、以降も同様とします。

12. 当事業所看護に関する相談・苦情について（契約書第21条）

事業者は、自ら提供した訪問看護サービスに対する利用者の要望、苦情等に対して、迅速かつ適切に対応します。

- ・当事業所に対する相談・苦情は以下の窓口で受け付けます。

スーパー・コート堺神石 訪問看護ステーション 管理者 西尾 真紀子	所在地 大阪府堺市西区鳳北町10丁25 コートロジパートI 107号 TEL 072-267-0600 FAX 072-267-0601 営業日 月曜日～日曜日 時 間 午前9時00分～午後18時00分
堺市西区役所 地域福祉課	所在地 大阪府西区鳳東町6丁600 TEL 072-275-1912 営業日 月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始を除く） 時 間 午前9時00分～午後5時30分
大阪府国民健康保険団体連合会	所在地 大阪府中央区常盤町1丁目3番8号 中央大通りFNビル内 TEL 06-6949-5418 FAX 06-6949-5417 営業日 月曜日～金曜日（祝祭日・年末年始を除く） 時 間 午前9時00分～午後17時30分

（註）堺市西区役所につきましては、堺市西区に住所を有する方が対象となります
堺市西区以外に住所を有する方は住所地の市・区役所が窓口となります

13. 緊急時（事故発生時）の対応について（契約書第 24 条）

- ① 事業者は、訪問看護サービスの提供を行っている時に利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医に連絡する等の措置を講じるとともに、管理者に報告します。また、主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。
- ③ 訪問看護サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の所在する市町村や利用者の家族、利用者に係る訪問介護事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- ④ 利用者に対する訪問看護サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとする

家族様連絡先① 氏 名 _____

電話番号 _____

家族様連絡先② 氏 名 _____

電話番号 _____

主治医連絡先 名 称 _____

氏 名 _____

電話番号 _____

年 月 日

訪問看護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

住 所 大阪市西区西本町1丁目7番7号

事業者名 株式会社 スーパー・コート

代表者名 代表取締役 山本 晃嘉

事業所

所在地 大阪府堺市西区鳳北町10丁25

コートロジパートI 107号

事業所名 スーパー・コート堺神石訪問看護ステーション

管理者名 西尾 真紀子

説明者名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者

住 所 _____

氏 名(自署) _____ 印

自署が無理な場合の代筆者名 _____

家族

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

緊急連絡先

住 所 _____

氏 名 _____ (続柄 _____)

連絡番号 _____ (_____)

裏面に割印の押印をお願いいたします

