

訪問看護サービス 重要事項説明書

あなたに対する指定訪問看護の提供開始にあたり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名	医療法人 厚生会
事業所所在地	福井県福井市下六条町201番地
代表者名	理事長 林 譲也
電話番号	電話 0776-41-3377 FAX 0776-41-3372

2. 事業の目的

事業の目的	要介護状態にあるもの（以下「要介護者」という）に対し、居宅での療養生活の支援及び心身機能の維持並びに家族等の身体的、精神的負担の軽減を図る為適切な訪問看護を提供します。
事業運営方針	1. 医療法人厚生会が実施する指定訪問看護の従事者は、要介護者等が居宅において、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、日常生活における援助及び機能訓練等を行います。 2. 指定訪問看護は、利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止に資するよう、その目標を設定し計画的に行います。 3. 指定訪問看護の実施にあたっては、地域包括支援センター及び居宅介護支援事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるとともに関係する市町とも連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. サービス提供事業所

指定番号	1860590023
事業所名称	訪問看護さくらステーション
事業所所在地	福井県大野市中津川32-33
受付電話番号	電話0779-69-7090 FAX0779-69-7091
事業実施地域	大野市・勝山市・福井市（美山地区） （上記以外の地域の利用者についてはご相談に応じます）
営業日	月曜日から土曜日（国民の祝日、12/29～1/3を除く） 但し、必要時にはご相談に応じます
営業時間	平日 午前8時30分～午後5時15分 土曜日 午前8時30分～午後12時30分

4. 指定訪問看護サービスの内容

実施する指定訪問看護サービスは次のとおりとします。

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3) 食事及び排泄等の日常生活の世話
- (4) 褥瘡の予防及び処置
- (5) リハビリテーション
- (6) ターミナルケア
- (7) 認知症患者の看護
- (8) 療養生活や介護方法の指導
- (9) カテーテル等の管理
- (10) その他、医師の指示による医療処置

指定訪問看護サービスは、医学的管理のもとで要介護者等に対する心身の機能回復のため、医師等の協力の下で作成した訪問看護計画に基づき、下記①から⑤を目的として援助を行います。訪問看護計画の主要な事項について、利用者又はその家族等に説明し同意を得たうえで、訪問看護計画書を交付し、適切な訪問看護を提供します。

- ① 要介護状態の高齢者の生活支援
- ② 記憶障害や見当識障害などの知的機能のケア
- ③ 寝たきり防止
- ④ 社会性の維持・向上
- ⑤ 精神状態の改善

5. 事業所の職員体制

従業者の職種	資 格	人 数
管 理 者	看護師	1 人（常勤兼務）
訪問看護サービス従事者	保健師・看護師・准看護師	常勤換算 2.5 人以上
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	1 人以上

6. 利用料及びその他の費用

(1) 利用料

利用料の詳細については別紙に記載します。

介護保険適用の場合	介護報酬額の告示上の額に、利用者の介護保険負担割合証に記載の割合を乗じた額
介護保険適用以外の場合	介護保険での給付の範囲を超えた場合は利用料の全額が自己負担

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により事業者へ直接介護給付が行われない場合、全額自己負担となります。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収書を発行します。後日、お住まいの役場窓口へ提出し払い戻しの手続きを行ってください。

(2) 交通費 無料

(3) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道・ガス・電気等、及び日常生活においても通常必要な物にかかる費用で、利用者又はその家族等が負担する事が適当と認められる費用は、利用者の負担となります。

(4) キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合、以下のキャンセル料を頂きます。

事前に連絡がない場合	当日自己負担額全額
入院等やむを得ない事情の場合	不要

前項の費用にかかるサービスの提供にあたっては、あらかじめ利用者又はその家族等に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い同意を得ます。

7. 苦情申立て窓口・虐待防止窓口

窓 口	方 法	申立て時間帯
訪問看護さくらステーション	TEL 0779-69-7090 e-mail: sakura@koseikaigroup.jp 面接 事業所相談室	平日：午前8時30分～午後5時15分 土曜：午前8時30分～午後12時30分 担当者 島田
大野市役所健康長寿課	電話（代表）0779-65-7333	平日：午前8時30分～午後5時15分
勝山市役所健康長寿課	電話（代表）0779-87-0888	平日：午前8時30分～午後5時15分
福井市役所介護保険課	電話 0776-20-5715	平日：午前8時30分～午後5時15分
福井県運営適正化委員会	電話 0776-24-2347	平日：午前9時00分～午後5時00分
福井県国民保険団体連合会	電話 0776-57-1614	平日：午前8時30分～午後5時15分

訪問看護さくらステーションに対するご相談・苦情及び提供しているサービス内容についての相談・苦情を承ります。

苦情処理は中立性・公平性を重んじ、内容確認・分析を行い、利用者・市町・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・主治医・国保連等関係諸機関と速やかに連携をとり、問題解決に向けて対処します。

(1) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

- ① 苦情内容について、利用者及びその家族等より詳細に聞き取り調査をする。
- ② 苦情窓口担当者から管理者へ詳細を報告する。
- ③ 当事業所職員より状況を把握し、改善策を作る。
- ④ 利用者、家族等に対して状況や今後の改善策を説明し了解を得る。
- ⑤ 市町に速やかに、報告・相談を行う。
- ⑥ 問題解決に向けて市町の指示に従い対処する。
- ⑦ 対処後の結果等を市町に報告する。
- ⑧ これらの期間最長1週間とする。

(2) その他参考事項

利用者が申立て等を行ったことを理由として、何らかの不利益な取り扱いを受けることはありません。

8. 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 島田

- (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ます。
(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及する為の研修を実施します。

9. 秘密保守及び個人情報の保護

- (1) 事業者及び事業者の使用する者は、指定訪問看護サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族等に関する情報を正当な理由なく第三者に漏らしません。この情報を保守する義務は契約終了後も継続します。また、事業者は事業者の使用する者が、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、職員との雇用契約に含め遵守させます。
- (2) 事業者は、利用者及びその家族等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、また処分する際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- (3) 当事業者は、以下に掲げる理由に限り、利用者及びその家族等に関する情報を第三者に提供します。
- ①要介護認定調査及び居宅サービス計画の内容について関係する都道府県、市町附属関係及びその委託を受けた機関が情報や報告を求めた場合。
 - ②主治医等が居宅サービス計画の内容について情報や報告を求めた場合。
 - ③居宅介護支援事業者・地域包括支援センター・居宅サービス事業者・介護保険施設等の関係人が、サービス担当者会議等においてサービス提供上情報を用いる必要がある場合。
 - ④利用者の急激な体調の変化等により、医療機関等に利用者に関する心身等の情報提供の必要性がある場合。
 - ⑤高齢者虐待防止法に基づいて、高齢者虐待事例についての関係機関への情報提供など、高齢者の保護のために必要性があり、かつ本人の同意を取得することが困難な場合。

10. 緊急時等における対応方法

指定訪問看護サービスのサービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

主治医	氏名			病医院名		
	電話	()	—	FAX	()	—
	住所					
ご家族等 (第一通報先)	氏名					
	電話	()	—	携帯	()	—
	メール					
	住所					
	利用者との関係					
ご家族等 (第二通報先)	氏名					
	電話	()	—	携帯	()	—
	住所					
	利用者との関係					

11. 事故発生時の対応

指定訪問看護サービスのサービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに利用者の主治医等、緊急連絡先（ご家族等）、市町、居宅支援事業者等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

事業者又は従業員の責に帰すべき事由により利用者又はその家族等に損害を及ぼした場合はその損害を賠償します。尚、日常生活でも起こりうる転倒等につきましては、これを除外します。

当事業所は指定訪問看護サービスの提供時の事故に備えて、損害保険制度に加入しています。上記の損害賠償は、この損害保険制度が認定する範囲内で賠償します。

令和 年 月 日

指定訪問看護の提供開始の提供開始にあたり、利用者様に対して契約書及び本書面に基
づいて重要な事項を説明しました。

事業者	住 所	福井市下六条町 2 0 1 番地
	名 称	医 療 法 人 厚 生 会
	代 表 者	理 事 長 林 譲 也 印

事業所	住 所	福井県大野市中津川 3 2 - 3 3
	名 称	医 療 法 人 厚 生 会
		訪問看護さくらステーション

説 明 者 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定訪問看護についての重要事項の説明を
受け、その内容に同意します。

利用者	住 所	_____
	氏 名	_____ 印

利用者代理人	住 所	_____
	氏 名	_____ 印

利用者との関係 _____