

梅の園訪問看護ステーション 重要事項説明書

1. 事業者の概要

事業者（法人）の名称	医療法人社団 和風会
所在地	東京都青梅市長淵 9-1412-4
連絡先	TEL： 0428-24-3798 FAX：0428-23-6914
代表者（職名・氏名）	理事長 石田信彦
設立年月日	平成元年 10 月 31 日

2. 事業所の概要

事業所の名称	医療法人社団 和風会 梅の園訪問看護ステーション
所在地	東京都青梅市長淵 6-483-4 ダイユーマンション 1F
連絡先	TEL： 0428-22-0207・0428-23-7763 FAX：0428-23-8590
管理者の氏名	
サービス種類	訪問看護 予防訪問看護
介護保険指定番号	東京都 1367193774 号
サービス提供地域	青梅市（御岳山を除く）、羽村市、あきる野市、福生市、日の出町

3. 事業の目的と運営方針等

(1) 事業の目的

継続して療養を受ける状態および要介護状態または要支援状態にあり、かかりつけの医師が指定訪問看護（以下「訪問看護」という。）の必要性を認めた利用者に対し、適正な訪問看護を提供し、居宅において利用者がより自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

当事業所の看護師等は、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活活動の維持、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生活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、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護は、病状が比較的安定期にある利用者について、看護師等その他省令で定める者が、その居宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

5. 営業日時

営業日 月曜日～金曜日 （土、日、祝日、12月29日～1月3日を除く）

営業時間 9：00～17：00 （17:00～09:00 は緊急時の対応になります）

緊急時の対応のため 24 時間体制で電話等による対応をしています。必要に応じて看護師の訪問や他の医療機関へ連絡対応などを行います。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務形態・人数				従業者の職種	勤務形態・人数			
保健師	常勤	人	非常勤	人	理学療法士	常勤	人	非常勤	人
看護師	常勤	人	非常勤	人	作業療法士	常勤	人	非常勤	人
事務員	常勤	人	非常勤	人	言語聴覚士	常勤	人	非常勤	人

7. サービス提供の責任者

利用者へのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望がありましたら、お申し出ください。

管理責任者の氏名 管理者_____

8. サービスの利用開始

契約締結後、訪問看護指示書に従って訪問看護計画を作成し、利用者にご同意いただいた後、サービスの提供を開始いたします。なお、介護保険ご利用の利用者は、事前にサービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画に沿って訪問看護計画を作成します。

9. サービスの変更・中止

以下の場合には、サービスを変更または中止させていただきます。

- (1) 利用者に、感染症または感染症の疑いがある場合、けがや負傷がある場合、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪いなどサービス提供に支障が生じる可能性がある場合。
- (2) 訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった時は、サービスを中止する場合があります。その場合は、ご家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (3) 利用者に、感染症の疑いがある場合や感染症と診断された場合は、速やかに事業所に申告してください。まずは感染症の治療を優先し、治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。
- (4) 気象情報が警報レベルの場合、公共交通機関が止まった場合、大雨や地震等による災害時は訪問看護サービスの提供が不可能になることがあります。

10. 利用料

(1) 訪問看護の利用料

利用者がサービスを利用した場合の「基本利用料」は別紙料金表のとおりであり、利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の 1 割～3 割の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額を徴収します。

*利用料の計算方法

1 ヶ月の利用料の目安

〇〇〇単位 × (地域加算) × 【サービス利用回数】 × (1 割～3 割) + 【加算料金】 + 【保険外費用】

(2) 保険給付対象外サービス

保険給付対象外のサービス利用料金は、全額利用者の負担になります。複写物は1枚につき20円 徴収します。

(3) 交通費

サービス提供地域を越える場合は、交通費として、1kmにつき50円 徴収します。また、医療保険の利用者は、有料駐車場を利用せざるを得ない場合は、実費を徴収します。

(4) キャンセル料金

利用日の前日の17時までにご連絡いただいた場合 無料

利用日の前日の17時までにご連絡がなかった場合 当該利用料金の10%を徴収します。

サービスをキャンセルする場合は、TEL : 0428-22-0207 にご連絡ください。

(5) 支払方法

上記(1)から(4)までの利用料(利用者負担分の金額)は、1ヶ月ごとにまとめて請求しますので、口座引落の方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後、翌月20日までに差し上げます。

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生またはその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。従業者に対して、虐待を防止するため定期的な研修を実施しています。
- (2) 虐待防止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っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) サービス提供中に、当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、速やかにこれを地域包括支援センターや市町村等の関係機関等に通報します。

12. 身体的拘束等について

事業者は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者に対して説明し同意を得たうえで、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録し、5年間保存します。また事業者として、身体的拘束等をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

13. ハラスメント対策について

事業者は、ハラスメント対策に取り組むため、定期的な委員会の開催、定期的なハラスメントの研修の実施やハラスメントが起こった際の相談窓口および担当者を選任し、ハラスメントが起こらないような体制の構築に努めます。

14. 業務継続計画（BCP）の策定について

- (1) 事業者は、感染症や非常災害の発生時において、事業を継続的に実施するための、および非常時の体制で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、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、委員会の開催、指針の整備、必要な研修および訓練を定期的に行います。また、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。

15. 感染症対策について

事業者は、感染症が発生し、またはまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底しています。
- (2) 事業所における感染症の予防およびまん延防止のための指針を整備し、従業員に対し、感染症の予防およびまん延防止のための研修および訓練を定期的に行います。

16. 緊急時の対応

当事業所におけるサービスの提供中に、利用者に容体の変化などがあった場合は、速やかに利用者の主治医・救急隊・緊急時連絡先（ご家族など）・居宅介護支援事業者などへ連絡します。

17. 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、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。また利用者に対するサービス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。また事業者は損害賠償保険に加入しています。

18. 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者およびその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業者は、利用者およびその家族の個人情報について「個人情報保護に関する法律」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扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業者および従業員は、サービスを提供するうえで知り得た利用者およびその家族に関する情報を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了した後においても継続します。
- ③ 事業者は、従業員に、業務上知り得た利用者およびその家族に関する秘密を保持させるため、従業員である期間および従業員でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員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

- ① 事業者は、利用者およびその家族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、利用者およびその家族の個人情報を用いません。
- ② 事業者は、利用者またはその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、善良な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) 個人情報の利用目的の通知および第三者に提供する場合の目的に関する同意事項

当事業所では個人情報を業務上必要な範囲において利用します。以下の目的以外には利用しません。

- ① 利用者に提供する訪問看護等およびサービス担当者会議

- ② 介護給付等請求のための事務
- ③ 当事業所の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ④ 市町村・居宅介護支援事業者・医療機関・介護機関等との連携
- ⑤ 家族等への状況説明
- ⑥ 行政機関、法令に基づく照会・確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係る専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他の公益に資する運営事業（基礎資料、実習への協力、職員研修等）

19. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 苦情処理の体制および手順

- ① 提供した訪問看護サービスに係る利用者およびその家族からの相談および苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- ② 相談および苦情に円滑かつ適切に対応するための体制および手順は別紙「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」のとおりとします。

(2) 相談・苦情の窓口

- ① 事業者の窓口：医療法人社団和風会 梅の園訪問看護ステーションの事務所

連絡先 : 電話 0428-22-0207 FAX 0428-23-8590 メール ume.houkan@wafukai.or.jp

担当者 : _____

受付時間 : 9:00～17:00 (土、日、祝日、12月29日～1月3日は休み)

- ② 市町村(保険者)の窓口：青梅市役所 健康福祉部 介護保険課

連絡先 : 電話 0428-22-1111 (代表)

受付時間 : 9:00～17:00 (土、日、祝日は休み)

- ③ 公的団体の窓口 : 東京都国民健康保険団体連合会 介護福祉部介護相談指導課介護相談窓口担当

連絡先 : 電話 03-6238-0177

受付時間 : 9:00～17:00 (土、日、祝日は休み)

20. 緊急時の連絡先

- ① 主治医 : 病院名 _____ 主治医氏名 _____ 電話 _____
- ② 緊急連絡先 : 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

21. 訪問看護サービスの内容の見積もりについて

- (1) 提供予定の指定訪問看護の内容と利用料、利用者負担額（介護保険または医療保険を適用する場合）

保険の適用の種類	利用料 (月額)	利用者負担 (月額)	交通費の有無
介護保険・医療保険	円	円	(有・無) サービス提供1回当たり 円

- (2) 1カ月当りの利用者負担額（利用料とその他の費用の合計）の目安

利用者負担額の目安額	おおよそ 円
------------	--------

*この見積もりの有効期限は、説明の日から1カ月以内とします。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項の説明をしました。

年 月 日

事業者 所在地 東京都青梅市長淵6丁目483番地の4 ダイユーマンション1階
名 称 医療法人社団 和風会 梅の園訪問看護ステーション
管理者
説明者

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。
私は、サービス担当者会議等において、介護サービスを円滑に行うために必要があるときは、事業者が、私および私の家族に関する必要な個人情報を使用することに同意します。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名

家 族 住 所

氏 名

(続柄)

身元保証人住 所

氏 名

(続柄)

署名代行者／代理人 住 所

氏 名

(続柄)