

訪問看護サービス

重要事項説明書(介護保険)

訪問看護ステーション ピース

利用者氏名

重要事項説明書(介護保険用)

1. 当社の概要

事業所法人名	株式会社ラヴィータピエーナ
所在地	大阪府泉佐野市高松南3丁目1-41テルーナ第一ビル501号室
代表者名	石川 和旗
電話番号	072-468-7345
ファックス番号	072-468-7344
認可年月日/認可番号	平成 21 年 4 月 28 日/3400-05-004197

2. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション ピース
所在地	大阪府泉佐野市高松南3丁目1-41-501
電話番号	072-468-7345
事業所番号	2764590630
管理者名	坂元 彩香
事業の目的	事業者の看護師等が、援助が必要な状態であり、主治医が必要と認めた 医療処置が必要と認めた利用者に対し、適正な指定訪問看護等を提供する事を目的とする。
運営方針	(1)事業に実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める (2)訪問看護で看護師等は利用者の成長発達促進、全体的な日常生活の維持、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が出来るように支援する。 (3)事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村その他の保健・医療・福祉・サービスの提供に努めるものとする

1. 3. 事業所の職員体制

職種	従事する業務	人 員
----	--------	-----

管理者		業務全般の管理	1 名
サービス担当職員		サービス担当	名(常勤 名、非常勤 名)
内 訳	看護師		3 名以上 (常勤 2名、非常勤 1 名)
	准看護師		名(常勤兼務 名、非常勤 名)
	理学療法士		名(常勤 名、常勤兼務 名、非常勤 名、非常勤兼務 名)
	作業療法士		名(常勤兼務 名、兼務 名、非常勤 名)
事 務 員		業務の事務全般	名(常勤 名、非常勤 名)

2.

3. 4. 事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、大阪全域、兵庫全域、和歌山全域の区域としています。

5. 営業

営業日	月～日曜日。 年末年始：営業 お盆：営業
営業時間	月～日曜日、9:00～18:00 ※ ただし、24時間の連絡体制を整えております。

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10. 6. サービスの内容

①看護介護行為(利用者に対して)

- ・バイタルサインチェック(血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定)
- ・身体の保清(清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など)
- ・療養指導(生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導など)

②医療的処置行為

- ・創傷・および褥瘡処置
- ・人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・経鼻チューブ・胃瘻チューブ管理ケア
- ・尿道留置カテーテル・自己導尿管理ケア
- ・在宅酸素療法管理ケア
- ・在宅人工呼吸器管理ケア
- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・排泄管理ケア(浣腸・排便)

③リハビリ援助行為

④介護者に対して

- ・介護の方法指導・介護福祉など社会資源の紹介
- ・褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導(介助の工夫・方法など)

11.

12. 7. 利用者負担金

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、医療保険の法定利用料に基づく金額で下記のとおりです。
- (2) 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、現金又はご指定の金融機関口座からの引き落とし(鳥取銀行 日、郵便局 日)もしくは振込(鳥取銀行・郵便局)とさせていただきます。

◆訪問看護料金表(介護保険)

内 容		料 金
介 護 保 険	○それぞれの訪問時間に応じて料金が定められています。 (お支払い頂く「1割負担分」を表示しています)	・30分未満 491 円 ・30分以上60分未満 858円 ・60分以上90分未満 1176円
	○早朝・夜間・深夜は割増しとなります。 (早朝) 6:00～ 8:00 (夜間) 18:00～ 22:00 (深夜) 22:00～ 6:00	25%割増 25%割増 50%割増
	○追加サービス 緊急時対応サービス 24時間体制で看護師が、緊急時に対応します。 電話により、ご相談をお受けし、必要時は訪問します。	・1ヶ月 626円

13.

14. 8. キャンセルについて

- (1)利用者がサービスの利用を中止する際には、速やかに所定の連絡先までご連絡ください。

全体窓口(連絡先)(電話番号):080-4186-9301

- (2)利用者の都合でサービスを中止する場合には、できるだけサービス利用前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。(ただし、利用者の容体の急変など、緊急やむを得ない場合はキャンセル料は不要です。)

時 期	キャンセル料	備考
サービス利用前日まで	500円	
サービス利用当日	利用者負担金の10%	

15. 9. その他

- (1)サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ①看護師等は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
- ②看護師等は、介護保険制度上、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上のお世話や診療の補助をこととされていますので、ご了承ください。
- ③看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、お受け致しかねますので、ご了承下さい。
- ④看護師等がサービス担当者会議等において、課題分析情報等を通じて利用者の有する問題点や解決すべき題等の個人情報を、介護支援専門員や他のサービスの担当者と共有する事が有りますのでご了承ください。

10. 相談窓口、苦情対応

○サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします

当社お客様相談・苦情受付窓口	電話番号 080-4186-9301
	FAX 番号
	管理者(責任者) 坂元 彩香
	対応時間 月～日 9:00～18:00

- (1) 相談又は苦情対応について 相談・苦情に対する常設の窓口として、相談員(責任者)が対応することとしています。

又、相談員(責任者)が不在の時は、基本的な事項については、誰でも対応できるように、相談員(責任者)に必ず引き継いでいます。

- (2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順

苦情があった場合には、ただちに相談員(責任者)が相手方に連絡をとり詳しい状況を聞くとともに、訪問看護員からも事情を確認します。

苦情の内容によっては、当該利用者の介護支援専門員に連絡をとり、利用者宅へ訪問し、必ず具体的な対応(謝罪)を迅速に行い、その記録を台帳に保管し再発防止に努めます。○公的機関においても、次の機関において苦情申立等ができます。

大阪府国民健康保険 団体連合会	所在地 大阪市中央区常盤町1丁目3番8号中央大通 FNビル 電話番号 06-6949-5418 対応時間 9:00～17:00
泉佐野市 市役所介護保険課	所在地 大阪府泉佐野市市場東1丁目1番1号 電話番号 072-463-1212 対応時間 9:00～17:00
川西市 市役所介護保険課	所在地 兵庫県川西市中央町12番1号 電話番号 072-740-1111 対応時間 9:00～17:00
門真市 市役所介護保険課	所在地 大阪府門真市中町1-1 電話番号 06-6902-6176 対応時間 9:00～17:30

16. 11. 緊急時および事故発生時の対応方法

- (1) 緊急時および事故発生時にあつては、緊急対応のうえ利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。また登録されている緊急連絡先に連絡いたします。
- (2) 当事業者の提供する訪問看護サービスにおいて事故が発生し、当事業所の責にその原因を見とめられる損害賠償については速やかに対応します。なお、当事業所は訪問看護事業者総合補償制度に加入しております。

17. 12. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- 1 看護師等は年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
- 2 看護師等は老人保健法上、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされており、同居家族に対する訪問看護サービスは禁止されていますので、ご了承ください。
- 3 看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

13. 虐待防止について 当該事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のために以下の対策を講じます

- ①虐待防止責任者を選任しています。
- ②苦情解決のための体制を設備しています。
- ③研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ④サービスの提供中に、養介護従事者又は養護者(家族・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、速やかにこれを市町村に通報します。

虐待防止責任者
坂元 彩香

14. 情報の開示 事業所の概要・サービス内容について、定期的に事業評価を行いお知らせをします。

事業所の概要・サービス内容について、定期的に事業評価を行いお知らせをします。

15. 事故発生時の対応方法について

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、利用者の家族、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、利用者に対する指定訪問看護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。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 保険名 補償の概要

保険会社:三井住友、損保ジャパン、東京海上日動火災の共同保険

保険名:訪問看護事業者総合補償制度

補償概要:訪問看護業務中利用者様やご家族様にけがをさせてしまった場合、財物を損壊させてしまった場合、法律上の損害賠償を致します。

16. 身分証携行義務

訪問看護員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の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。

18.

19.

20.

21. 個人情報使用・24 時間対応体制加算・特別管理加算・訪問看護の情報提供書

22. 同意書

訪問看護ステーション ピース 殿

私(利用者および、その家族)の個人情報については、その利用目的に対しての説明を受け、その範囲内で使用することに同意します。

☐

a 私は、貴訪問看護ステーションの 24 時間連絡体制により、緊急時の場合等の電話による相談又は訪問看護を利用するため、24 時間対応体制加算を算定することに同意します。

☐

b 私は、病気の状態から、()の管理・相談が必要なため、特別管理加算を算定することに同意します。

私は、貴訪問看護ステーションからの訪問看護の情報提供書を、保健福祉局、保健所、保健管理課へ提供することに同意します。

この同意を証するため本書2通を作成し、私と事業者が1通ずつ保有するものとします。

ご利用者様	私は、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金、同意書等について訪問看護ステーションピース より説明を受け、内容を確認しました。 私はこの契約書で確認致しました訪問看護サービスの利用を申し込みます。			
	住所	〒 ー		
	氏名	Ⓔ		
	電話番号		FAX	

ご家族様	私は、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金、同意書等について訪問看護ステーションピース より説明を受け、内容を確認しました。 私はこの契約書で確認致しました訪問看護サービスの利用に同意します。			
	本人との関係			
	住所	〒 ー		
	氏名	Ⓔ		
	電話番号		FAX	

事業者	当事業者は、指定訪問看護事業者として、以上の契約の内容及び重要事項、利用料金等について利用者へ説明しました。当事業者は、利用者の申し込みを受諾し、この契約書に定めるサービスを誠実に責任を持って行います。			
	住所	大阪府泉佐野市高松南 3 丁目 1－41 テルーナ第一ビル 501 号室		
	名称	訪問看護ステーションピース		
	代表者	石川 和旗 ⑩		
	説明者	坂元 彩香 ⑩		
	電話番号	080-4186-9301	FAX	072-468-7344