訪 問 看 護 サ ー ビ ス
重要事項説明書（医療保険）

訪問看護ステーション　ピース

利用者　氏名　　様

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

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
代表者氏名	石川　和旗
電話番号	072－468－7345
ファクス番号	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 テルーナ第一ビル501号室
電話番号	携帯:070－1349－2137
事業所番号	令和7年4月1日指定　45-90630
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を目的とする。
運営方針	⑴事業の実施にあたっては、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 ⑵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 ⑶事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、関係市町村とその他の保健・医療・福祉・サービスの提供に努めるものとする

3. 事業所の職員体制

職種		従事する業務	3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) 名(非常勤　名、非常勤兼務　名)
	作業療法士 言語聴覚士		名(常勤兼務　名、兼務　名、非常勤　名)　名
事 務 員		業務の事務全般	名(常勤 名、非常勤　名)

4. 事業の実施地域　通常の事業の実施地域は、**大阪府全域、兵庫県全域、和歌山県全域**としています。

5. 営業時間

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

6. サービスの内容

（1）「訪問看護」は利用者の居宅において看護師その他省令で定める者が療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

① 病状・心身の状況ケア ②清潔ケアなどの日常生活援助 ③精神的他ケア

④リハビリ指導 ⑤人工呼吸器・在宅酸素・経管栄養などの医療的ケア ⑥留守番看護 他

（2）事業者は、利用者のご希望する日程により訪問看護サービスを提供します。

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） 利用者負担金のお支払い方法はご利用の翌月15日までに請求書を発行しますので、月末までにお支払いください。お支払い方につきましては振り込み（郵便局もしくは鳥取銀行）もしくは集金でお願いします。尚、御利用者の御名前でお支払いをお願いします。

訪問看護料金表（医療保険）

後期高齢者対象の方	・1割・現役並み所得者方は3割
一般の健康保険等	・訪問時の交通費のみ150円実費負担となります。 ・生活保護世帯に属する方、重度心身障害者医療費、ひとり親家庭医療費の助成を受けている方は利用料はかかりません。

◆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）:070－1349－2137

（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%	

◆その他の利用料（1時間ごとに加算 ）

利用料	内訳		金額
超過料金	平日90 分を超えた場合、30分毎に		1000 円
休日料金	営業日以外に訪問した場合		3000 円
時間外料金	営業時間外に訪問した場合	（18:00～22:00）	2100 円
		（22:00～6:00）	4200 円
		（6:00～9:00）	2100 円

8. サービス利用に関する留意事項

（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、金銭の管理、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、健康保険制度上、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行うこととされていますので、ご了承ください。

③看護師など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ください。

④サービス実施のために必要となる備品、電話等の費用は利用者にご負担いただきますのでご了承ください。

⑤看護師等が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個人情報を医療従事者等と共有することがありますのでご了承ください。

9. サービスに関する苦情窓口

当事業所が行う訪問看護サービスについてのご相談・苦情については相談窓口で承ります。

（1）当事業所以外に、市役所、区役所の苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

	所在地 対応時間　　9:00～17:00
泉佐野市市役所障害福課	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
川西市市役所障害福祉課	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

10. 緊急時および事故発生時の対応方法

（1）病状の急変やその他必要な場合は訪問し、必要に応じて速やかに主治医への連絡及び指示を受ける等の対応をします。
（2）前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。
（3）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認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。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。わからない点は大小に関わらず担当看護師か責任者にお尋ねください。

11. 虐待防止について

当該事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等の為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整えています。

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、医療従事者又は養護者（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

12. 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。

13. 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。

14. 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。

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

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			
	氏名			㊞
	電話番号		FAX	
	署名代行者			㊞

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			
	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　㊞		
	説明者	坂元　彩香　㊞		
	電話番号	080-4186-9301	FAX	072－468－7344