

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

1. 指定訪問看護サービスを提供する事業者について

事業者名称	利楽心株式会社
代表者氏名	代表取締役 帆足 武子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	大阪府池田市室町4-44 電話: 072-752-0727 FAX: 072-752-7576
設立年月日	平成15年 3月27日

2. 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	利楽心訪問看護ステーション
介護保険指定事業所番号	2762590152
事業所所在地	池田市室町5番21号
連絡先 相談担当者名	電話: 072-753-7175 FAX: 072-753-7166 管理者 古池 菜々恵
事業所の通常の事業の実施地域	池田市、箕面市、豊中市、川西市、宝塚市、伊丹市のお部

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	事業者は、後期高齢者医療制度等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し療養上の世話または診療の補助をその内容とした訪問看護サービスを提供する。
運営の方針	①訪問看護の実施にあたっては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。 ②事業の実施にあたっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携に努め、総合的な支援を心がけます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（ただし、12月30日から1月3日までを除く。）
営業時間	午前9時から午後6時

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日（ただし、12月30日から1月3日までを除く。）
サービス提供時間	午前9時から午後5時

*上記期間であっても、利用者の状況や緊急性に応じて訪問可能です。

*緊急訪問看護加算の契約の方は24時間電話対応が可能です。

(5) 事業所の職員体制

管理者	管理者		古池 菜々恵
看護師	常勤	2名	非常勤 4名
理学療法士	常勤	1名	非常勤 3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	<p>訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。</p> <p>具体的な訪問看護の内容</p> <ul style="list-style-type: none"> ① 病状・障害の観察と看護 ② 療養生活の指導 ③ 療養上のお世話 ④ 服薬管理 ⑤ 排泄の管理 ⑥ 在宅におけるリハビリテーション ⑦ 介護方法の指導 ⑧ 介護に関する各種助言 ⑨ 医療機器・カテーテル類の管理 ⑩ 床ずれや創傷の予防と管理 処置 ⑪ その他の医師の指示による診療の補助業務 ⑫ 社会資源の活用相談 ⑬ ターミナル期のケア ⑭ 緊急時の訪問看護（事前の契約が必要）

(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) 指定訪問看護サービスの利用料と自己負担額

訪問看護料金は、別紙参照にしてください。

4. その他の費用について

交通費	無料	
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。		
キャンセル料	1日前までの連絡の場合	キャンセル料は不要
	当日の朝8時00分までに連絡の場合	1,500円
	連絡がない場合	2,000円

※ただし、利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

5. 利用料、その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料とその他の費用請求方法等	利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求致します。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日頃、お渡しします。
② 利用料とその他の費用の支払い方法等	下記のいずれかの方法によりお支払下さい。 (ア) カイポケ口座振替（詳細は別紙説明） (イ) 現金支払（訪問時） (ウ) 事業者指定口座への振り込（池田泉州銀行） 振り込料は利用者自己負担となります。 《事業者指定口座振り込の場合》 池田泉州銀行 池田営業部 普通 口座番号 4470561 口座名義 利楽心（株） 代表取締役社長 帆足 武子 ・お支払いの確認をしましたら、領収書をお渡します。 再発行は致しませんので必ず保管されますようお願いします。（医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。）

*利用料、その他の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から 2 カ月以上延滞し、さらに支払いの督促から 14 日以内に支払いが無い場合、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただきます。

*その他自費費用については、別紙参照してください。

6. 担当する看護職員変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する訪問看護職員変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	相談担当者：吉池 菜々恵 連絡先電話：072-753-7175 ファックス：072-753-7166 受付日及び受付時間 月曜～金曜 9:00～17:00
---	--

※担当する看護職員は、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

7. サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者が作成する「居宅サービス計画（ケアプラン）」に基づき、主治の医師の指示並びに利用者の心身の状況、また利用者や家族の意向を踏まえて、「訪問看護計画」を作成します。なお、作成した「訪問看護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします
- (4) サービス提供は「訪問看護計画」に基づいて行ないます。なお、「訪問看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます
- (5) 看護職員に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に充分な配慮を行ないます。
- (6) 暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。
職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いいたします。

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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 古池 菜々恵
-------------	------------

- 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を整備しています。
- ④ 成年後見制度の利用を支援します。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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。

9. 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	<p>① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>① 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>② また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>③ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>
② 個人情報の保護について	<p>① 事業者は、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ん。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で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 事業者は、利用者及び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。</p>

	<p>③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)</p>
--	--

10. 緊急時の対応方法について

- ① 緊急時訪問看護加算契約の方については、別途お渡しする緊急連絡先にご連絡いただけましたら、看護師が 24 時間体制で電話対応を行います。
- ② サービス提供中に利用者の緊急の事態が発生した場合は、利用者の主治医に連絡するとともに、緊急連絡先のご家族に連絡します。
- ③ 当事業所としては、利用者宅以外での看護サービスを認められていません。利用者急変時の看護師の救急車同乗などは、できないことになっておりますので、ご了承ください。
- ④ 病状の変化などでご連絡の可能な緊急連絡先についてご記入お願いします。

主治 医 情 報	主治医名		医療機関名称	
	連絡先		住 所	
	主治医名		医療機関名称	
	連絡先		住 所	
家 族	氏 名		続柄	
	住 所		☎	
	氏 名		続柄	
	住 所		☎	

11. 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	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	訪問看護事業者賠償責任保険

12. 身分証携行義務

訪問看護職員は、常に身分証を携行し、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。

13. 心身の状況の把握

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。

14. 衛生管理等

- ① 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。
- ② 指定訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理を行います。
- ③ 職員には手指消毒アルコール消毒を携帯していますが、感染予防のため、訪問看護開始時・終了時、処置開始・終了時に手洗いのための場所をお借りさせていただけますようお願いいたします。

15. サービス提供の記録

- ① 指定訪問看護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を得ることとします。
- ② 記録は電子カルテ（カイポケ）にて記載しており、保存されております。バイタルなどの簡単な記録は利用者に交付します。それらの記録は、提供の日から5年間保存します。
- ③ 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

16. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 事業所は、訪問看護に対する利用者の要望、苦情などに対し誠意をもって適切に対応致します。

(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 利楽心訪問看護ステーション 担当者：古池 菜々恵	所 在 地 池田市室町5番21号 電話・ファックス番号 072-753-7175 受付時間 月～金 9:00～17:00 (土日休み)
【公的団体の窓口】 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 電話番号 06-6949-5446 受付時間 9:00～17:00 (土日祝休み)
【保険に関する窓口】 池田市保険事業所 池田市役所 国民保険、後期高齢者医療保険	所 在 地 大阪府池田市城南1丁目1-1 池田市役所 国保 電話番号 072-754-6253 受付時間 9:00～17:15 (土日祝休み)

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

医療保険での訪問看護サービス利用の申し込みをします。

(事業所) サービスの説明を行いました。

事業者	所 在 地	大阪府池田市室町 4-44
	法 人 名	利楽心株式会社
	代 表 者 名	代表取締役 帆足 武子 印
	事 業 所 名	利楽心訪問看護ステーション
	管 理 者 名	古池 菜々恵 印
	説 明 者 氏 名	印

(利用者) サービスの説明を受けました。

利用者	住 所	
	氏 名	印

代理人	住 所	
	氏 名	印