

訪問看護ステーションいちょうの樹 訪問看護サービス重要事項説明書

この訪問看護サービス重要事項説明書は、山源山乃花株式会社（以下、「山源山乃花」とします。）が開設する訪問看護ステーションいちょうの樹（以下、「本事業所」とします。）が、お客様に訪問看護サービス（以下、「本サービス」とします。）を提供するにあたり、お客様やそのご家族に対し、山源山乃花及び本事業所の事業運営規程の概要や勤務体制等、お客様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記載したものです。

第1条（事業所の名称及び所在地等）

本事業所の名称：訪問看護ステーションいちょうの樹
所在地：広島県尾道市向東町 8614 番地 1
電話番号等：TEL 0848-38-7656 FAX 0848-38-7662
指定事業者番号：3461190088
通常の事業の実施地域：尾道市向島町、尾道市向東町、

第2条（会社概要）

法人名称：山源山乃花株式会社
法人所在地：広島県尾道市向東町 3502-5
代表番号：0848-38-7751
代表者氏名：代表取締役 木曾 量之
実施事業：介護保険法による居宅サービス事業、サービス付き高齢者向け住宅の運営

第3条（本サービスの目的）

本事業所は、お客様の病状、心身の状況、その置かれている環境及びご希望等の把握に努め、お客様がその有する能力に応じて、可能な限りその居宅において自立した生活を営むことができるよう、主治医と密接な連携を取りながら、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すことを目的として、本サービスを提供します。

第4条（運営の方針）

本事業所は、次に掲げる方針に基づき事業を運営するものとします。

1. 本事業所の看護職員等は要介護者の心身の特性をふまえて全体的な日常生活動作の維持、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継続できるように支援します。
2. 本事業所は事業の運営にあたって必要な時に必要な訪問看護の提供ができるよう努めます。
3. 本事業所は事業の運営にあたって関係市町村、地域包括支援センター、保健所及び近隣の他の保健・医療または福祉サービスを提供するものとの密な連携を保ち総合的なサービスの提供に努めます。

第5条（従業者の職種、員数等）

本事業所は、本サービスの提供にあたる従業員の職種・員数として、法に定められている人員の基準に基づいて、次のとおり配置します。

R8年1月1日現在

| 職種 | 人数 | 常勤 | 非常勤 | 備考 |
|-------|------|----|------|-------------|
| 管理者 | 1名 | 1名 | | 看護師と兼務 |
| 保健師 | | | | |
| 看護師 | 3名以上 | 1名 | 3名以上 | 常勤1名は管理者と兼務 |
| 准看護師 | | | | |
| 理学療法士 | 3名 | | 3名 | デイサービスと兼務 |
| 作業療法士 | 1名 | | 1名 | デイサービスと兼務 |
| 言語聴覚士 | 1名 | | 1名 | デイサービスと兼務 |
| 事務員 | | | | |

1. 管理者は、本事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行います。
2. 保健師、看護師、准看護師は、主治医との密接な連携のもと、療養上の目標を定めた訪問看護計画

を基にサービスの提供を行います。サービスの提供にあたって、保健師、看護師は、訪問看護指示書及び居宅サービス計画をふまえて、訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成を担当します。

- 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士は、主治医との密接な連携のもと、療養上の目標を定めた訪問看護計画を基にサービスの提供（在宅におけるリハビリテーション）を行います。
当事業所における理学療法士等によるリハビリテーションを中心とした訪問看護は、看護職員の代わりに理学療法士等を訪問させるという位置づけのもとで行います。
- 事務員は、必要な事務を行います。

第6条（営業日及び営業時間）

営業日：月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）

営業時間：営業日の午前8時30分～午後5時30分

連絡体制：24時間連絡受付体制

第7条（サービス内容）

本事業所が提供する本サービスの内容は以下の通りです。

- 病状・障害等の観察
- 清拭・洗髪等による清潔の保持
- 食事および排泄等の日常生活の世話
- 褥瘡の予防・処置
- リハビリテーション
- ターミナルケア
- 認知症患者の看護
- 療養生活や介護方法の指導
- カテーテル等の管理
- その他医師の指示による医療処置

第8条（利用料その他の費用の額）

- 本サービスを提供した場合に、お客様から支払いを受ける利用料の額は「料金表別表」の通りです。
（非課税となります。）本サービスが居宅サービスに位置づけられ、介護保険適用の場合は、お客様の負担割合に応じた額の支払いを受けます。支給限度基準額を超えた分に関しましては、全額自己負担となります。医療保険適用の場合は、医療保険給付額を差し引いた額をお支払いいただきます。
- 介護保険・医療保険対象外の費用は、次の通りです。

| 衛生材料費 | 実費 |
|-------------------|-------------|
| ご遺体のケア料（エンゼルセット込） | 20,000円（税別） |

- 本事業所の交通費の取扱いは次の通りです。

| 通常の事業の実施地域にお住まいの方 | 無料 |
|---------------------|--|
| 通常の事業の実施地域以外にお住まいの方 | 通常の事業の実施地域を越えた地点からお客さまの居宅までの往復の距離1キロあたり50円 |

- お客様の都合により、サービスがキャンセルとなった場合は、基本料金の全額をキャンセル料として、徴収する場合があります。
- 前月のサービスご利用分に関するお客様負担金を、本事業所が定める期日までにお支払いいただきます。
- お支払方法は、原則として口座引き落としとさせていただきます。

第9条（秘密保持及び個人情報の保護）

- 本事業所及びその従業者は、業務上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密及び個人情報等について、守秘義務を遵守し個人情報を適切に取扱い、関連機関等と連携を図る等正当な理由がある場合以外に開示しません。
- 本事業所は、そのサービス提供上知り得たお客様及びそのご家族等の秘密及び個人情報等について、その守秘義務が守られるように必要な措置を講じます。また、その守秘義務は、就業中はもとより、退職後も同様とします。

3. 本事業所及びその従業者は、必要な範囲においてお客様及びそのご家族等の個人情報を取扱います。なお、お客様及びそのご家族等の個人情報の取扱いに関して、文書により別途同意を得るものとします。
4. 第1項及び第2項に定める守秘義務は、契約期間中はもとより契約期間後も同様とします。

第10条（サービス相談窓口、苦情受付窓口及び対応の手順）

1. 本事業所におけるサービスのご利用に係る相談窓口及び苦情の受付窓口は次の通りです。

(1) 本事業所

| | |
|-----------|--------------|
| 電話番号 | 0848-38-7656 |
| 相談・苦情受付窓口 | 管理者 徳永 大稀 |
| 苦情解決責任者 | 代表取締役 木曾 量之 |

2. 前項の他、次の市区町村等のサービス相談、及び苦情受付窓口にも相談することも出来ます。

(1) 市区町村のサービス相談・苦情受付窓口

| | |
|-------|--------------------------|
| 市区町村名 | 尾道市 |
| 電話番号 | 0848-38-9440 |
| 担当部署 | 高齢者福祉課 |
| 備考 | 営業時間（平日） 午前8時30分～午後5時15分 |

(2) 国民健康保険団体連合会（以下、「国保連合会」とします。）のサービス相談・苦情受付窓口

| | |
|-------|--------------------|
| 国保連合会 | 広島県国民健康保険団体連合会 |
| 電話番号 | 082-554-0783 |
| 担当部署 | 介護保険課 |
| 備考 | 営業時間（平日） 午前9時～午後6時 |

3. 本事業所は、お客様に対し、本サービスに係る苦情を受け付けた場合、以下の基本手順に基づいて対応を実施します。

- (1) 苦情の受付
- (2) 苦情内容の確認
- (3) 苦情解決責任者への報告
- (4) お客様への苦情解決に向けた対応の事前説明・同意
- (5) 苦情の解決に向けた対応の実施
- (6) 再発防止及び改善の実施
- (7) お客様への苦情解決結果の説明・同意
- (8) 苦情解決責任者等への最終報告

第11条（緊急時、事故発生時の連絡先及び対応の手順）

1. 本サービスの提供中に緊急時及び事故が発生した場合は、次の連絡先へ連絡します。

(1) ご家族様

| | |
|------|--|
| お名前 | |
| 電話番号 | |

(2) 主治医

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 電話番号 | |
| 主治医 | |

(3) 居宅介護支援事業者

| | |
|------------|--|
| 居宅介護支援事業所名 | |
| 電話番号 | |
| 介護支援専門員名 | |

(4) 市町の事故発生時の連絡先

| | |
|------|--------------|
| 市町名 | 尾道市 |
| 電話番号 | 0848-38-9440 |
| 担当部署 | 尾道市役所高齢者福祉課 |

2. 本事業所の緊急時及び事故発生時の対応の手順は次の通りです。

- (1) お客様の安全確保、救急救命

- (2) 緊急時、事故発生状況の確認
 - (3) 管理者への連絡
 - (4) ご家族・主治医・居宅介護支援事業者・市町への連絡
 - (5) 事故発生原因の解明、再発防止への措置
 - (6) お客様への事故経過・結果の説明
3. 本事業所は、お客様に対し、緊急の対応が必要となった場合、医療機関への連絡、119番への通報、救急搬送の実施等の必要な措置を講じます。

第12条（損害賠償）

1. 本事業所は、お客様に対する本サービスの提供にあたって、本事業所の責めに帰すべき事由によりお客様またはそのご家族等の生命、身体及び財産に損害を及びした場合には、相当範囲内においての損害を賠償します。ただし、お客様またはそのご家族等に過失がある場合は、本事業所は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがあります。
2. 物品の賠償にあたっては原状の復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理または復元を原則とします。
3. 修理または復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償額範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については、賠償を致しかねることがあります。
4. 取り扱いに特別の注意が必要なもの等については、あらかじめご提示をお願いします。ご提示のない場合、賠償を致しかねることがあります。
5. お客様またはそのご家族等は、お客様またはそのご家族等の責めに帰すべき事由により、本事業所の従業者の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合があります。

第13条（介護報酬、診療報酬の改定）

厚生労働省が定める介護報酬及び診療報酬の改定があった場合、本事業所の料金体系は、厚生労働省が定める介護報酬及び診療報酬に準拠するものとします。

第14条（人権擁護及び虐待の防止に関する措置）

1. 本事業所は、利用者の人権を擁護するために権利擁護等に関わる相談等に対応し、成年後見人制度等の制度が円滑に利用できるよう、制度に関する情報提供を行う。
2. 本事業所は高齢者虐待防止のため、対策を検討する委員会を定期的開催し、虐待防止の指針を整備する。責任者を設置する等の必要な体制整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとし、次に掲げる行為が行われた場合は、遅滞なく市町に通報するものとする。
 - (1) 「身体的虐待」
利用者の身体に外傷が生じ、又は生じる恐れがある暴行が加えられたと思われる時。
 - (2) 「心理的虐待」
利用者に対する暴言等著しい心理的外傷を与える言動が行われたと思われる時。
 - (3) 「性的虐待」
利用者にわいせつな行為を行った場合、又は行わせようとしたと思われる時。
 - (4) 「介護、世話の放棄」
利用者を衰弱させるような著しい減食、又は長時間の放置等利用者を養護すべき職務上の義務を著しく怠ったと思われる時。
 - (5) 「経済的虐待」
利用者の財産を不当に処分することや不当に財産上の利益を得たと思われる時。
3. 本事業所は、従業者が虐待行為を市町へ通報したことを理由に、従業者を解雇その他不利益となる取り扱いは一切行わないものとする。

第15条（業務継続計画の策定）

1. 本事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する本サービスの提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。
2. 本事業所は、訪問看護員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施する。

3. 本事業所は、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う。

この規定に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、山源山乃花株式会社と本事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

以上

山源山乃花は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービス内容及び重要事項の説明を行いました。本書交付を証するため、本書を2通作成し、お客様（またはその代理人）、山源山乃花は、記名捺印の上、各1通を保管するものとします。

令和 年 月 日

所在地 広島県尾道市向東町 3502-5
事業者名 山源山乃花株式会社
代表取締役 木曾 量之

本事業所(事業所の名称及び所在地)

訪問看護ステーションいちょうの樹
広島県尾道市向東町 8614 番地 1

説明者 _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービスの内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

お客様 住所 _____

氏名 _____ 印

ご家族 住所 _____

氏名 _____ 印

立会人 または署名代行人 (該当するものにチェック)

住所 _____

氏名 _____