

重要事項説明書
指定訪問看護・指定介護予防訪問看護
【令和 年 月 日現在】

1 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	株式会社風の音
代表者役職・氏名	代表取締役 高三野 澄江
本社所在地・電話番号	〒366-0012 (住所)埼玉県深谷市江原 88 番地 1 (電話) 048-567-0010
法人設立年月日	平成 22 年 2 月 18 日

2 サービスを提供する事業所の概要

(1)事業所の名称等

名 称	訪問看護ステーション香りん
事業者番号	1163190295
所在地	〒360-0201 埼玉県熊谷市妻沼 1863-1
電話番号	048-567-0010
F A X 番号	048-567-0020
通常の事業の実施地域	熊谷市・深谷市・群馬県太田市

(2)事業所の窓口の営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から日曜日
営 業 時 間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分

※ご利用者様の状態に応じて、必要な場合は営業時間以外での訪問看護を実施します。

(3)事業所の勤務体制

職種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常 勤 1 名
訪問看護師	・主治医からの訪問看護指示書をもとに、利用者様の状態に合わせた看護サービスを提供します。 ・訪問看護計画(介護予防訪問看護計画)を作成し、計画に基づき訪問看護サービスを提供します。	常 勤 名 非常勤 名

3 サービス内容

- (1) 健康状態の観察(体温・血圧・呼吸などのバイタルサインの測定、病状の観察)
- (2) 日常生活の看護(清潔・排せつ・食事など)
- (3) リハビリテーション(運動療法、日常生活動作訓練、歩行訓練、介護方法の提案・助言、環境調整など)
- (4) 在宅療養生活における介護方法の指導及び助言
- (5) 認知症症状に対する看護・リハビリテーション、介護相談
- (6) 医師の指示に基づく、カテーテル類の管理・褥瘡処置など
- (7) 福祉用具や在宅サービス利用についての相談
- (8) ターミナルケア

4 利用料、その他の費用の額

(1) 訪問看護の利用料

別紙 1、利用料金表をご参照ください。(医療保険・介護保険別)

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にキャンセルした場合は、キャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求致しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急ご連絡ください。

利用日の前日午後 5 時までの連絡があった場合	無料
利用日の当日に連絡があった場合	当該基本料金の 10% の額
連絡がなかった場合	当該基本料金の 25% の額

(3) 交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方、それ以外の地域にお住まいの方も含めて交通費は無料です。

(4) その他

利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1) 請求方法

- ① 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。
- ② 請求書は、利用月の翌月 10 日頃に利用者へお知らせします。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・現金払い

- ・事業者が指定する口座への振込
- ・利用者が指定する口座からの自動振替

② お支払いを確認しましたら、領収証をお渡しますので、必ず保管してください。

(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)

6 秘密の保持

- (1) 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、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容及びします。
- (2) 別紙3「個人情報保護に関する取扱いについてのお知らせ」「法人におけるご利用者の個人情報の利用目的」の記載の範囲において、個人情報を利用する場合がございます。
- (3) 事業者は、サービス担当者会議等において、解決すべき課題、問題を話し合うために、利用者家族の個人情報を用いることがあります。
- (4) 利用者又はその家族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扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- (5) 契約書第8条に記載のとおり、利用者は本契約をもって個人情報を用いることを同意したとみなします。同意しない場合は別途申し出ていただく必要があります。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員へ連絡致します。

8 事故発生時の対応

サービス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するとともに、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。

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情相談窓口

担	当	管理者 宮田恵里香
電	話	番 号
受	付	時 間
受	付	日
		048-567-0010
		午前 8 時 30 分から午後 5 時 30 分
		月曜日から日曜日

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

熊谷市役所 長寿いきがい課	048-524-1111
深谷市役所 長寿福祉課	048-571-1211
大里広域市町村圏組合 介護保険課	048-501-1330
埼玉県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情窓口係	048-824-2568(苦情相談窓口)
群馬県太田市役所 介護サービス課	0276-47-1939
群馬県国民健康保険団体連合会 介護保険課 苦情処理担当委員	027-290-1323

10 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下の通りです。

- (1) 訪問看護師等はサービス提供の際、次の業務を行うことはできません。
 - ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い
 - ② 利用者以外の家族のためのサービス提供
- (2) 金品や飲食物の提供などはお断り致します。
- (3) 看護師等は介護保険制度上、利用者の心身機能の維持回復の為、療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。
- (4) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、出来る限り早めに担当の介護支援専門員(又は地域包括支援センター)又は当事業所の担当者へご連絡下さい。

11 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 無

直近の実施日	
評価機関名称	
評価結果の開示	

12 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	高三野 澄江
-------------	--------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

＜ハラスメントの禁止＞

職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。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。当施設の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。

- ① 身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為。例：コップをなげつける。たたく。唾を吐く。
- ② 精神的暴力…個人の尊厳や人格を態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。
- ③ セクシャルハラスメント…意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。例：必要もなく手や腕をさわる。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す。

＜ご相談時間の制限＞

弊所をはじめとする福祉サービス機関は、広く市民の皆様に福祉サービスをご提供し、或いは福祉サービスをご利用頂けるよう、適宜情報提供するなどの支援をすることを目的としています。

その活動の中で、特定の方からの長時間／長期間にわたるご相談やご質問、解決すべき課題と関連性を認め難いお話などに一人の職員が対応し続けることは、他の多くの方々を支援する機会が失われることに繋がりがねません。

そのような観点から、弊所ではご相談の時間を原則1回あたり30分とし、回数や総時間数等に上限を設けさせていただいております。

ただし課題との関連性や必要性の見極めは事案により異なり得るところ、すべて一律に上限を設定することは致しません。必要に応じて、職員が個別に申し入れをさせていただきます。

皆様のご理解・ご協力のほど宜しくお願い致します。

令和 年 月 日

指定訪問看護、指定介護予防訪問看護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業者

所在地 埼玉県深谷市江原 88 番地 1

法人名 株式会社風の音

代表取締役 高三野 澄江 印

説明者

事業所名 訪問看護ステーション香りん

氏 名 宮田 恵里香 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所

氏名 印

(代理人又は立会人等) 住所

氏名 印

家族代表者 住所

氏名 印