

訪問看護ステーション シンカイ福井

重要事項説明書

介護予防訪問看護サービス ・ 訪問看護サービス

1. 事業所の概要

(1) 概要

事業所名		訪問看護ステーション シンカイ福井	
所在地		福井県福井市丸山2丁目1405番	
代表者		中村 達夫	
管理者		小林 航一郎	
電話番号	0776-60-0188	FAX番号	0776-60-0178
指定年月日		平成19年4月23日	
事業所指定番号		1860190246	

(2) 事業所の職員体制（平成31年4月1日現在）

職 種	人 員		備 考
管理者	1 名		看護師
看護職員	看護師	6 名（常勤 3名、非常勤 3名）	1名管理者と兼務
	准看護師	0 名（常勤 0名、非常勤 0名）	
	理学療法士等	4 名（PT 2名、OT 2名）	

当事業所は、緊急時訪問看護加算（24時間対応体制加算）、特別管理加算を算定できる体制をとっており

ます。

2. 職務内容

① 管理者（看護師・保健師）

管理者は、所属職員を指揮・監督し、適切な事業の運営が行われているように統括します。

但し、管理上支障がない場合は、事業所の他の職務従事し、又は同一敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとします。

② 看護職員（看護師・准看護師・保健師・理学療法士等）

保健師・看護師が訪問看護計画書及び報告書を作成し、訪問看護を担当します。

3. サービス提供地域

福井市（その他の地域についてはご相談に応じます。）

4. 営業日および営業時間（窓口対応時間）

営業日	月～土曜日（お盆・年末年始を除く）
営業時間（窓口対応時間）	8：30～17：30

5. サービスの提供方法及び内容

当事業所は、介護予防サービス計画・居宅サービス計画に基づき介護保険法が定めるサービス又は健康保険法等の医療保険関係法令が定めるサービスを提供します。

1 訪問看護サービスの提供方法は次のとおりとします。

- ① 訪問看護の利用者がかかりつけの医師に申し込み、医師が交付した訪問看護の指示書に基づいて、訪問看護計画を作成し、訪問看護を実施します。
- ② 利用希望者又は家族、担当する介護事業所等から当事業所に直接申し込みがあった場合は、主治医に指示書の交付を受けるよう依頼します。
- ③ 利用者に主治医がいない場合は、当事業所から地区医師会等に主治医の選定を依頼します。

2 介護予防訪問看護・訪問看護の内容は次のとおりとします。

健康状態の観察、健康相談

- ・ 血圧、体温、脈拍、呼吸の測定
- ・ 病状の観察と相談
- ・ 心の健康相談 など

日常生活の看護

- ・ 身体清潔のケア（清拭、洗髪など）
- ・ 排泄のケア
- ・ 床ずれ予防及び手当
- ・ 療養環境の整備、内服確認

在宅リハビリテーション看護

- ・ 体位変換、関節などの運動
- ・ 日常生活動作の訓練（食事、排泄）

精神、心理的な看護

- ・ 不安な精神心理状態のケア
- ・ 生活リズムの取り方
- ・ 社会生活への復帰援助
- ・ 事故防止ケア、内服ケア

認知症の看護

- ・ 認知症の介護相談
- ・ 悪化防止、事故防止の相談 など

介護相談

- ・ 病状、介護、日常生活に関する相談
- ・ 介護及び家族の精神的支援
- ・ 医療、福祉サービスの紹介 など

その他医師の指示による医療処置

6. 連携について

当事業所は、介護予防訪問看護サービス・訪問看護サービスの提供にあたり、介護予防支援事業者・介護支援専門員及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

7. 利用料及び利用者負担金について 末頁参照

8. 利用料金のお支払い方法及びご利用料金

毎月、月末締めで翌月15日頃に請求書にてご連絡させていただきますので、月末までにお支払い下さい。

- 金融機関・郵便局口座引落し
- 金融機関への振込み

9. サービスの中止

- ① あなたの都合によりサービスの利用を中止（キャンセル）する場合は、速やかに当事業所までご連絡下さい。
- ② キャンセル料は原則としていたしません。

10. 契約の終了について

当事業所との契約は、契約日から利用者の認定されている要介護認定の有効期間の満了日とします。

但し、契約満了日以前に利用者が要介護状態区分の変更の認定を受け認定の有効期間が更新された場合は、その認定の有効期間の満了日までとします。但し、以下の場合においては当事業所との契約は終了するものとします。

- (1) 利用者が死亡した場合
- (2) 利用者が介護保険施設へ入所した場合。また医療機関等への入院で退院できない場合。
もしくは長期にわたり退院が見込まれない場合。
- (3) 利用者の要介護認定区分が、自立と判定された場合
- (4) その他利用者が相当期間以上にわたり、当事業所の提供するサービスの利用が困難となった場合
- (5) 下記Aにより、利用者から契約の解除の申し出があった場合
- (6) 下記Bにより、事業所から契約の解除の申し出があった場合

A. 利用者からの契約解除の申し出

利用者は、契約の有効期間であっても契約の解除を申し出ることができます。この場合は、契約解除を希望する14日前までに事業所に申し出てください。

但し、以下の場合には利用者は即時に契約を解除・解約できます。

- (1) 事業所が正当な理由なく、介護保険法等関係法令及び健康保険法等関係法令に定めるサービスを提供しない場合
- (2) 事業所及び従業者が、下記13に定める秘密保持に違反した場合
- (3) 事業所及び従業者が、利用者の身体・財産・信用等を傷つけるなどの不信行為により、その後の契約を
継続しがたい事情があった場合
- (4) 上記の他、契約の継続が困難となるような重大な事態が発生した場合

B. 事業所からの契約解除の申し出

以下の場合に事業所は、利用者との契約を解除する場合があります。但し、この場合事業所は

利用者又は家族に対し、その旨の説明を行います。

- (1) 利用者が、サービスの利用に関する指示等に従わないことなどにより、要介護状態を悪化させたと認められる場合
- (2) 利用者又は家族等が事業所の従業者の生命・身体及び財産を傷つけるなど、その後の契約を継続しがたい事情があった場合
- (3) 利用者がサービスの利用料金を3ヵ月以上滞納し、事業者が催促したにもかかわらず30日以内に支払わなかった場合（尚、利用者代理人は、利用者と連帯して、会社に対する料金の支払いを含めた一切の責務についての責任を負うものとします）
- (4) 利用者又は家族等と事業所との信頼関係に支障をきたし、その回復が困難で、適切なサービスの提供を継続できないと判断できる場合

1 1. 緊急時・事故発生時の対応

- 1 サービス提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、当該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、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、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。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。
- 2 サービスの提供を行っている時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡等を行います。

利用者の状態がどの程度なのか判断する

- ① 生命の危機（意識なし、呼吸なしなど）
- ② 即、入院治療が必要な程度の状態
- ③ 往診・外来受診による検査・治療が必要な程度の状態
- ④ 経過観察でよい場合

1 2. 相談窓口、緊急時連絡先及び苦情対応

サービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応いたします。

訪問看護ステーション シンカイ福井	相談責任者		小林 航一朗（こばやし こういちろう）		
	電話番号	0 7 7 6 - 6 0 - 0 1 8 8	F A X 番号	0 7 7 6 - 6 0 - 0 1 7 8	
福井市 介護保険課	住 所	福井市大手3-10-1			
	電話番号	0 7 7 6 - 2 0 - 5 7 1 5			
国民健康保険団体連合会 介護保険課	住 所	福井市西開発4-202-1 福井県自治会館4階			
	電話番号	0 7 7 6 - 5 7 - 1 6 1 4			

1 3. 秘密保持

- 1 業務上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報を、利用者又は第三者の生命、身体等の危険防止の為など正当な理由がある場合を除いて契約期間中及び契約終了後も第三者に漏らすことはありません。
- 2 あらかじめ文章等により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず居宅介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した者の個人情報を利用できるものと

します。

1 4. サービスの利用に当たっての留意事項

サービスの利用に当たって注意していただきたいことは次のとおりです。

- 1 訪問看護師等は年金などの金銭の取扱いはできないのでご理解願います。
- 2 訪問看護師等に対し、贈り物・飲食物の提供はお断りします。
- 3 サービスの提供時に担当の訪問看護師等を決定します。但し、実際のサービス提供に当たっては、複数の訪問看護師等が交替してサービスを提供することがあります。
- 4 訪問時間については厳守していますが、急患対応や交通事情などによりやむを得ず遅れることが予想される場合には、前もって利用者にご連絡し、同意を得て訪問することとします。
- 5 インフルエンザ流行時等、感染防止の為やむを得ず訪問時間、訪問日の変更をお願いする事がありますがご了承願います。
- 6 台風、地震等の自然災害時は、訪問出来ない場合もありますが、後日、必ず電話および訪問等で安否確認させていただきます。

7 理学療法士等による訪問看護は看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものとさせていただきます。

令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業所 所在地 福井市丸山2丁目1405番
名 称 訪問看護ステーションシンカイ福井

説明者 _____ 印

サービス契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、サービス提供の開始に同意しました。

また、サービス提供にあたり必要な情報を、私の利用するサービス事業者等
に限り提供することを
同意します。

利用者 住 所
氏 名 _____ 印

代理人 住 所
氏 名 _____ 印
利用者との続柄（ ）

緊急時訪問看護加算・複数名訪問看護加算に同意いたします。

利用者 氏 名 _____ 印
代理人 氏 名 _____ 印

