

訪問看護サービス
重要事項説明書

植木訪問看護ステーション

訪問看護ステーション重要事項説明書

あなた(又はあなたの家族)が利用しようと考えている訪問看護サービスについて、契約締結前に知っておいて頂きたい内容を説明します。

理解できない事やわかりにくい事があれば、ご遠慮なくお尋ね下さい。

1. 訪問看護サービスを提供する事業者

事業者名称	医療法人 方佑会 植木病院
代表者氏名	理事長 植木 孝浩
所在地	大阪府堺市北区黒土町3002-5

2. 利用者へのサービス提供を担当する事業所

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	植木訪問看護ステーション
指定事業所番号	2766590281
事業所所在地	大阪府堺市北区中百舌鳥町1-8-1
相談担当者 連絡先	担当者 山田 瀬津子 TEL072-257-0106 FAX072-257-0107

(2) 事業の目的及び運営方針

① 事業の目的

看護利用者からの相談に応じ、利用者の心身の状況やおかれている環境等に応じて利用者及びそのご家族の意向をもとに、適切なサービスの計画を作成し自立した日常生活が営めるよう支援することを目的とする。

② 運営方針

- ・ 利用者が有する能力に応じて、可能な限り自立した日常生活を営む事が出来るように配慮する。
- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供する。
- ・ 利用者の立場に立った運営を行う。
- ・ 市町村ならびに居宅介護支援事業者や介護保険施設等との連携に努める。

3. サービス提供可能な日と時間帯

営業日	月曜日～土曜日 但し、日曜・祝日及び年末年始は休業
営業時間	午前9時～午後5時(土曜は午前9時～正午まで)

4. 事業所窓口の営業日及び営業時間帯

営業日	月曜日～土曜日 但し、日曜・祝日及び年末年始は休業
営業時間	午前9時～午後5時(土曜は午前9時～正午まで)

但し、緊急時訪問看護加算を算定している利用者はこの限りではありません。

5. 事業所の職員体制

事業所の管理者	看護師 山田 瀬津子	常勤 1名
---------	------------	-------

職種	職務内容
看護師	主治医の指示のもと利用者の健康管理等を行う 名
准看護師	主治医の指示のもと利用者の健康管理等を行う 名

6. 提供するサービスの内容と利用料について

(1) 提供するサービスの内容

- ① 症状、障害の観察
- ② 体の衛生管理や指導
- ③ 療養上の医療機器の管理
- ④ 食事の介護指導
- ⑤ 体位の交換
- ⑥ 機能回復訓練(リハビリテーション)
- ⑦ ご家族への介護指導
- ⑧ 床ずれや創傷の処置
- ⑨ 医師の指示による医療処置
- ⑩ 健康相談

(2) 提供するサービスの料金と利用料について

- ① 料金及び利用料は、厚生労働省の定める指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準とします。
- ② 提供時間は、実際の提供時間ではなく、居宅サービス計画に定める時間によるものとします。
- ③ 提供するサービスの利用料、利用者負担額も詳細な料金は別表を参照ください。

7. 利用料・その他の請求及び支払い方法

(1) 利用料・その他の費用の請求

- ① 利用料、その他の費用はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとに合算して請求致します。
- ② 請求書は、利用月の翌月12日以降に基本的には送付致します。
(訪問時にお届けする場合がありますのでご了承ください)
尚、自動引落をご希望される場合は請求書の送付は致しません。

(2) 利用料その他の支払いについて

① お支払いは、下記の方法にてお願い致します。

- ・ 会計窓口でのお支払い
- ・ 事業者指定口座へのお振込
 - (ア) 銀行振込(振込手数料は利用者負担とします)
(口座) 三井住友銀行 堺支店
(口座番号)普通 1885809
(口座名) 医療法人方佑会 植木病院 理事長 植木孝浩
 - (イ) 郵便振込(振込手数料は利用者負担とします。)
- ・ 銀行口座等からの自動引落(引落手数料(100円)は利用者負担とします。)
自動引落をご希望の方は担当者に申出ください。
 - (ア) お支払いを確認できましたら領収書を発行し、送付致しますので、大切に保管して下さい。

8. 担当看護師に関する相談窓口について

利用者のご事情によりご相談がある方は、下記の担当者までご連絡下さい。

(相談担当者) 山田 瀬津子

(連絡先) TEL072-257-0106

FAX 072-257-0107

(受付日及び受付時間) 事業所窓口の営業日における営業時間

9. 虐待の防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等の防止のために、つぎに掲げるとおり必要な処置を講じます。

- (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 山田 瀬津子
- (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ます。
- (5) 介護相談員を受け入れます。
- (6) 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

10. 身体拘束等の適正化について

- (1) 利用者の生命・身体を保護するための緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束をおこないません。
- (2) やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者又はその家族に同意を得て、その様態、時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由を記録します。
- (3) 身体拘束等の適正化の職員研修を、原則年1回以上及び職員採用時に実施します。
- (4) 身体拘束等の適正化を目的としたカンファレンスを定期的を開催して、現場の意見を聴取して、運営に反映させています。

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

契約書に記載している通りです。

12. サービス提供に関する相談・苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定訪問看護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情をうけるための窓口を設置します。

苦情は下記のところで受け付けます。

- ・【事業所窓口】 植木訪問看護ステーション

堺市北区中百舌鳥町1-8-1

TEL 072-257-0106

担当 山田 瀬津子

受付時間 午前9時～午後5時

土曜日 午前9時～正午まで 日・祝日は休み

イ 相談及び苦情に円滑に適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ・ 苦情があった場合は、ただちにサービス提供責任者が相手方に連絡を取り、直接行くなどして詳しい事情を聞くと共に、担当者が事情を確認する。
- ・ サービス提供責任者が、必要であると判断した場合は、管理者まで含めて検討会議を行う。(検討会議を行わない場合でも、必ず管理者まで処理結果を報告する。)
- ・ 検討の結果、必ず翌日までに具体的な対応をする。(利用者に謝罪にいくなど。)

(2)【市町村の窓口】

堺市 長寿社会部 介護保険課 堺市堺区南瓦町3番1号

電話 072-228-7513(課直通)

FAX 072-228-7853

堺市 堺区役所 地域福祉課 介護保険係 堺市堺区南瓦町3-1(本館2階) 072-228-7477 FAX072-228-7870	堺市 西区役所 地域福祉課 介護保険係 堺市西区鳳東町6-600 072-275-1912 FAX072-275-1919
堺市 中区役所 地域福祉課 介護保険係 堺市中区深井沢町2470-7 072-270-8195 FAX072-270-8103	堺市 北区役所 地域福祉課 介護保険係 堺市北区新金岡町5-1-4 072-258-6771 FAX072-258-6836
堺市 東区役所 地域福祉課 介護保険係 堺市東区日置荘原寺町195-1 072-287-8112 FAX072-287-8117	堺市 美原区役所地域福祉課介護保険係 堺市美原区黒山167-1 072-363-9316 FAX072-362-0767

問い合わせ時間及び休日

平日(月曜日から金曜日)9時～17時30分まで。ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日～31日、1月2日・3日を除く。

(3)【国民健康保険の窓口】

大阪府国民健康保険団体連合会

大阪府中央区常磐町1丁目3番8号(中央大通 FNビル内)介護保険課 11階

電話 06-6949-5418

問い合わせ時間及び休日

平日(月曜日から金曜日)9時～17時まで。ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日～31日、1月2日・3日を除く。

13. 緊急時の対応

緊急事態が発生した場合、利用者の主治医に連絡するとともに指定する連絡先にもご連絡致します。

主治医	医療機関	
	主治医氏名	
	電話番号	
家族等	氏名	
	電話番号	
	利用者との関係	

14. 事故発生時の対応

利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は市町村の窓口や、利用者に係る居宅介護支援事業所などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

この重要事項説明書の説明年月日 令和____年____月____日

以上の内容について説明を行いました。

事業者 住 所 大阪府堺市北区中百舌鳥町1-8-1

名 称 植木訪問看護ステーション

管理者 山田 瀬津子

重要事項説明者 _____ (印)

説明を確かに受け承諾致しました。

ご利用者 住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ (印)

代理人 住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ (印)

利用者との関係 _____

理 由 _____

※ 本書を2部作成し、利用者・事業者が各1通を保管するものとします。