

重要事項説明書

訪問看護

【医療保険】

ご利用者様： _____ 様

合同会社 olive

事業所： 訪問看護ステーション こころの花

あなた（またはあなたの家族）が利用をしようと考えている指定訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は、「福岡市指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（条例第66号）第9条の規定に基づき、指定訪問看護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいものを説明するものです。」

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	合同会社 olive
代表者氏名	深堀 麻衣子
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	〒819-0015 福岡県福岡市西区愛宕3丁目2-28 コーポなみと603号室 TEL：092-707-4611 FAX：092-707-4612
法人設立日	2020年4月24日

2 利用者に対してのサービス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	訪問看護ステーション こころの花
介護保険指定 事業所番号	4061191294
所在地	福岡市西区愛宕3丁目2-28 コーポなみと603号室
連絡先	TEL：092-707-4611 FAX：092-707-4612
相談担当者名	管理者 深堀 麻衣子
事業所の通常 の実施地域	福岡市・古賀市・新宮町・志免町・太宰府市・大野城市・春日市・那珂川市 糸島市

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	利用者様に対し介護保険法及び公的医療保険各法の趣旨に従い訪問看護のサービスを居宅において利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことを目的にサービスを提供します。
運営の方針	利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します。また、利用者様の意思及び人格を尊重し常にご利用者の立場に立ってサービスを提供するように努めます。 訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、利用者様個々の主体性を尊重して地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝日含む） ※ただし8月13日～8月15日・12月30日～1月3日を除く
営業時間	9：00 ～ 18：00

(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～土曜日（祝日含む）
サービス提供時間	9：00 ～ 18：00 ※ただし8月13日～8月15日・12月30日～1月3日を除く

(1) 事業所の職員体制

職	業務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> 1 主治医の指示に基づき適正な指定訪問看護が行われるよう必要な管理を行います。 2 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3 従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指示命令を行います。 	常勤 1名 (訪問看護師兼務)
看護職員のうち主として計画作成等に従事する者	<ol style="list-style-type: none"> 1 指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師から文書による指示を受けるとともに、主治の医師に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治の医師との密接な連携を図ります。 2 主治の医師の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い同意を得ます。 3 利用者へ訪問看護計画を交付します。 4 指定訪問看護の実施状況の把握及び訪問看護計画の変更を行います。 5 利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。 6 常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 7 サービス担当者会議等への出席等により、連携を図ります。 8 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。 	常勤 3名 (内、管理者1名含む)
看護職員 (看護師・准看護師)	<ol style="list-style-type: none"> 1 訪問看護計画に基づき、指定訪問看護のサービスを提供します。 2 訪問看護の提供に当たっては、適切な技術をもって行います。 	常勤 3名 (内、管理者1名含む) 非常勤 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	主治医の指示に基づき、利用者様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>訪問看護計画書に基づき、訪問看護を提供します。</p> <p>具体的な訪問看護の内容</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 健康状態の観察（血圧・体温・脈拍などの測定、病状の観察） ② 日常生活の看護 ③ リハビリテーション ④ 認知症の看護、介護の相談 ⑤ 褥瘡防止の工夫や指導、処置 ⑥ 医師の指示による医療処置及び医療機器の管理 ⑦ 家族等への介護指導・相談

(2) 利用回数について

基本的に利用回数は、週3回までが保険適応となります。(主治医からの特別な指示はこの限りではありません) 1回の訪問時間は30程度となっていますが、病状等により原則90分までとさせていただきます。

ただし、病状の悪化に対し適宜応じるものいたします。

(3) 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、次の行為を行いません

- 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 利用者の同居家族等、利用者以外へのサービス提供
- 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時やむを得ない場合を除く)
- ⑥ その他利用者又は家族に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為等

(4) 提供サービスの利用料、利用者負担額(医療保険を適応する場合)

一般の健康保険等
・1～3割の負担 ・重度心身障害医療、自立支援医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります。

(5) その他の費用について

○交通費及びキャンセル料につきましては、請求致しません。

○利用者の居宅にて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、介護用品、衛生管理用品等の費用は利用者の負担となります。

(6) 利用料金の請求および支払方法について

○利用料金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いたします。

医療費助成制度を受けられている利用者においては、自己負担額計算のため、訪問毎に自己負担上限額管理票をご提示ください。

○月末締めとし当該月分の利用料金を翌月 10 日までに請求いたしますので、20 日までに下記のいずれかの方法よりお支払いください。

・現金支払い

・事業者指定口座への振り込み(振込手数料につきましては、利用者負担にてお願いいたします)

○支払いの確認をしましたら、領収書をお渡しいたしますので、必ず保管されますようお願い致します。

(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)

※利用料の滞納

○利用者が、正当な理由なく事業者の支払うべき利用料を 3 ヶ月以上滞納した場合には、事業者が料金を支払うように催告したにもかかわらず 10 日以内にその支払いがないときは、この契約を解除する旨の催告をすることができます。

○事業者は、相当期間を定めた催告にもかかわらず、支払われない場合は、事業者は、サービス提供の契約を解除することができます。

○滞納分の支払いについては、滞納開始時分よりお支払いいただきます。

4 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、各種保険証に記載された内容(保険者番号、記号番号、交付年月日、有効期限等)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) 主治医の指示並びに利用者及び家族の意向を踏まえて、訪問看護計画を作成します。尚、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いたします

(3) サービスの提供は「訪問看護計画書」に基づいて行います。なお、「訪問看護計画書」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。

(4) 看護職員に対するサービス提供に関する具体的な指示・命令はすべて事業者が行いますが、実際の提供に

あたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行います。

- (5) 同行訪問に関して、弊社では研修や実務評価及びご利用者様の情報共有を理由に複数名での訪問のご依頼をさせていただく事があります。尚、予めご理解をいただいてからの実施とし、別途料金もかかりませんので、よろしくお願いいたします。
- (6) 訪問看護サービスの利用にあたり利用者様は本書面に記載されているサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。
- (7) 利用者のご事情により、担当する訪問看護職員の変更を希望される場合は、事業所の相談担当者までご相談下さい。

相談担当者氏名	管理者 深堀 麻衣子
連絡先電話番号/FAX 番号	TEL : 092-707-4611 FAX : 092-707-4612
受付日及び受付時間	月曜日～土曜日（祝日含む）9：00～18：00 ※8月13日～8月15日・12月30日～1月3日を除く

(8) サービスの終了

① 利用者の都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の2週間前までに文書もしくは口頭にてお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

利用者様が故意に法令違反その他著しく常識を逸脱する行為をなし、事業者の再三の申し入れにもかかわらず改善の見込みがなく、このサービス利用契約の目的を達することが困難となったときは文書により2週間以上の予告期間をもってこの契約を解約することができます。

やむを得ない事情により当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は終了日の2ヶ月前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了（以下に該当する場合は通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・利用者様が亡くなられた場合
- ・利用者様の所在が2週間以上不明になったとき

④ 契約解除

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・利用者様やご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は文書で通知することにて利用者様は即座に契約を解約することができます。
- ・利用者様がサービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し料金を支払うように催告したにもかかわらず10日以内に支払われない場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤ その他

- ・利用者様が病気・怪我などで健康上に問題がある場合やサービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更または中止する場合があります。
- ・訪問看護のサービスご利用中に利用者様又は当事業所従業員の体調が悪くなった場合は、サービスを中止する場合があります。利用者様の場合は家族（代理人）または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・利用者様に他のご利用者様や当事業所従業員の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。治癒するまではサービスのご利用はお断りする場合があります。

(9) 不当行為要求に対しサービス開始時及び利用中において、反社会勢力の背景があると判断した場合はいかなる要件に関わらず利用の拒否をさせていただき以下の内容につき本契約を解除することができます。

- ①利用者が暴力団等またはその関係者、その他反社会勢力であると判明した場合
- ②強迫的な言動をし、または暴力を用いたとき、もしくは風説を流布し、偽計を用い自社の業務を妨害したとき、その他これらに類似する行為を行った場合
- ③従業者その他の関係者に対し、暴力的要求を行い、合理的範囲を超える負担を要求した場合

不当要求防止に関する責任者	管理者 深堀 麻衣子
---------------	------------

5 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 深堀 麻衣子
-------------	------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、従業員に周知徹底を図ります。

(3) 成年後見人制度の利用を支援します。

(4) 苦情解決体制を整備しています。

(5) 従業員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。

(6) サービス提供中に、当該事業所従業員又は養護者（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。

6 秘密の保持と個人情報の保護について

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>(2) 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業員」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>(3) 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>(4) 事業者は、従業員に、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後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。</p>
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> <p>(4) 事業者は、指定訪問看護サービスに必要な訪問看護記録、訪問看護計画書、訪問看護報告書、訪問看護情報提供書を主治医や関係機関以外への送付・使用を致しません。</p>

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者により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を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

利用者の主治医	
氏名	
医療機関の名称	
所在地	
電話番号	

緊急連絡先			
氏名		続柄	
住所			
電話番号			

8 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、利用者の家族へ速やか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。

市町村名	
市町村名	福岡市西区
担当部・課名	西区保健福祉センター 健康課 健康づくり係
電話番号	092-895-7074

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	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
保険名	訪問看護事業者総合補償制度

9 身分証携行の義務

訪問看護師は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び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。

10 心身の状況の把握

指定訪問看護の提供に当たっては、カンファレンスや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。

11 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、内容を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- (2) 利用者の状態を適切に把握するため、また患部や皮膚状態を記録するために写真を撮ることがあります。(適正に保管・管理致します)
- (3) 訪問看護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録は完結の日から5年間保存します。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。

12 衛生管理等

- (1) 看護師等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) ステーションの設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) ステーションにおいて感染症が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - ① 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
 - ② 感染症の予防およびまん延の防止のための指針を作成します。
 - ③ 従業員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施します。

13 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

○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受け付けるための窓口を設置します。(下表に記する【事業者の窓口】のとおり)

○利用者及びその家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

○事業者は、苦対応の窓口責任者及び連絡先を明らかにするとともに、苦情の申し立て又は相談があった場合は、迅速かつ誠実に対応します。

○相談及び苦情を円滑かつ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。

① 苦情原因の把握

現場で苦情を受けた職員は、即時に管理者へ報告する。報告を受けた管理者は、利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認。今後の対応や予定を説明し了解を得る。また速やかに解決を図る旨を利用者及びその家族へ伝える。従業者に事実関係の確認を行う。

② 検討会の開催

苦情内容の原因を分析するため、把握した状況を従業者とともに検討を行い、時下の対応を決定する。必要に応じて、関係者の出席のもと対応策の協議を行う。

③ 改善の実施

対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者に対し必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡する) 善を速やかに実施し改善状況を確認する。(損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償を行う)

④ 解決困難な場合

適宜、関係機関又は保険者に連絡し助言・指導を得て改善を行う。また解決できない場合には保険者と協議し国保連への連絡も検討する。

⑤ 再発防止

同様の苦情、事故が起らないように苦情対応の内容を記録し従業者へ周知するとともに「苦情対応マニュアル」を作成・改善し研修などの機会を通じて再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。

【苦情申し立て窓口】

事業所窓口	連絡先等
訪問看護ステーション こころの花 管理者 深堀 麻衣子	所在地 福岡県福岡市西区愛宕3丁目2-28 コーポなみと603号室 電話番号 092-707-4611 FAX 番号 092-707-4612 受付時間 月曜日～土曜日 9:00～18:00 ※8月13日～15日、12月29日～1月3日を除く
市町村の窓口	連絡先等
福岡市早良区保健福祉センター 健康づくり係	所在地 福岡市早良区百道2丁目1-1 電話番号 092-841-2131 受付時間 8:45～17:15(土・日・祝日・年末年始除く)
公的団体の窓口	連絡先等
福岡県国民健康保険連合会	所在地 福岡市博多区吉塚本町13-47 電話番号 092-642-7828 受付時間 月曜日～金曜日 8:30～17:00

1.4 ハラスメントの防止

雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等に関する法律第11条第1項及び労働施策の総合的な推進並びに労働者の雇用の安定及び職業生活の充実等に関する法律第30条の2第1項の規定に基づき、セクシャルハラスメントやパワーハラスメントの防止のための雇用管理上の措置を講じます。

○利用者及びその家族はサービス利用にあたって、次の行為を禁止する。

- ① 訪問看護師とリハビリ担当者に対する身体的暴力(直接的、間接的を問わず有形力を用いて危害を及ぼす行為)
- ② 訪問看護師とリハビリ担当者に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)
- ③ 訪問看護師とリハビリ担当者に対するセクシャルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求、性的な嫌がらせ行為等)

上記内容があった場合、契約を解除する場合がある。

1.5 社会情勢及び天災等発生時の訪問

- (1) 地震、風水害など天災発生などにより、事業所業務の履行が難しい場合は、訪問日程や時間の調整等をご相談させていただく場合があります。
- (2) 社会情勢の急激な変化、天災などの著しい社会秩序の混乱などにより、事業所業務の履行が遅延、もしくは不可能になった場合、それによる損害賠償責任を事業所は負わないものといたします。

1.6 業務継続計画の策定等

- (1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する訪問看護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定し、業務継続計画に従い必要な措置を講じます。
- (2) 職員に対し、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に行います。
- (3) 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います。

利用者へのサービス提供開始にあたり、前記のとおり重要事項を説明しました。

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
説明者	

事業者	所在地	〒819-0015 福岡県福岡市西区愛宕3丁目2-28 コーポなみと603号室	
	法人名	合同会社 olive	
	代表者名	深堀 麻衣子	
	事業所名	訪問看護ステーション こころの花	印
	管理者氏名	深堀 麻衣子	印

※法人代表者が事業所管理者に権限を委譲いたします。
上記内容の説明を事業者から確かに受け、同意いたしました。

利用者	住所	
	氏名	印

※利用者様が署名捺印をできない場合はご家族様(代理人)の代筆・捺印可

※上記署名は、_____が代行しました。

家族 または 代理人	住所	
	氏名	(続柄) 印