

訪問看護（医療保険・介護保険・介護予防訪問看護）重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 03 (6666) 8431 (月～金 午前8:45～午後5:30)

担当 井脇 恵

※ご不明な点は、お尋ねください。

2. 医療法人財団寿康会 砂町訪問看護ステーションの概要

(1) 訪問看護事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	医療法人財団寿康会 砂町訪問看護ステーション
所在地	東京都江東区北砂 4-6-31-101
指定番号	訪問看護 (東京都 1367193634)
サービスを提供する地域*	江東区・・亀戸、大島、北砂、南砂、東砂、新砂、住吉、毛利、猿江、扇橋、石島、千田、千石、海辺、東陽、木場

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください

(2) 同事業所の職員

	資格	常勤	非常勤
管理者	看護師	1名	
従業者	看護師	2. 5名以上	0名
	准看護師	0名	0名
	理学療法士	適当数名	0名
	作業療法士	0名	0名
	事務	1名	

(3) 営業時間

月曜日～金曜日	午前8時45分～午後5時30分
土曜日・日曜日・祝祭日 年末年始(12/30～1/3)	定休日

*電話などにより24時間連絡相談が可能

3. 運営方針

- 1: 砂町訪問看護ステーション職員は利用者の心身の特性を踏まえて全体的な日常生活活動の維持、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維持できるように看護の提供に努めます。
- 2: 事業の実施に当たっては医療、保健、福祉サービスなど各関連機関との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。

4. 訪問看護内容

- * 病状・全身状態の観察、介護指導、療養相談、身体の清潔援助（入浴・シャワー浴介助、清拭、洗髪、足浴、爪切りなど）、排泄（浣腸、摘便、おむつ交換など）
- * リハビリテーション
- * 褥瘡予防・処置、他創傷処置、各種カテーテルなどの管理
- * ターミナルケア、認知症利用者の看護
- * 介護者の健康管理、相談
- * その他、医師の指示による医療処置

5. 利用者負担金

負担金は別表参照

支払い方法として

基本的に口座自動振替の登録をお願い致します。

毎月はじめに前月利用料の請求、支払で料金の種類を明確にした領収書を発行いたします。当月利用の翌々月の引き落としになります。（手数料は必要ありません。）

領収書については振替の確認後に発行いたします。

6. 訪問看護の提供

- 1) 訪問看護の利用には主治医が訪問看護を必要と認め、「訪問看護指示書」が必要となります。
- 2) 医療保険の場合は本人の被保険者証により被保険者資格、介護保険の場合は介護保険証により認定結果、有効期間、介護負担割合証の確認をいたします。
- 3) 初回訪問に訪問看護計画を作成（居宅サービス計画作成の場合は当該計画に基づいた計画とする）訪問看護を提供、毎月の主治医への報告を行い居宅介護支援専門員との連携も図ります。
- 4) 医療保険での訪問看護利用の場合、利用者、又は介護者の同意の元に江東区への保健福祉サービスに必要な情報を提供いたします。
- 5) 当事業所は24時間対応体制とし、求め利用者、介護者の方の緊急時相談、訪問看護の提供を行います。

7. 緊急時の対応

訪問看護時に病状の急変などが生じた場合は必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに主治医への連絡、指示を求め、救急隊、親族、居宅介護支援事業者などへの連絡をいたします。

8. 事故発生時の対応

訪問看護提供時により事故が発生した場合は居住区、家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行い必要な措置を速やかに講じるとともに、事故の状況、取った処置について記録、報告いたします。

事業所は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	訪問看護事業共済会
保険名	訪問看護事業者賠償責任保険 及び 管理者職員傷害保険
保障の概要	訪問看護事業者が利用者などの第三者に身体障害を与え、または財物を滅失・破損もしくは汚損した場合に、被保険者が、法律上の損害賠償責任を負担することによって被る損害に対して、保険金を支払うもの。

9. 業務継続計画

- 1) ステーションは、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する訪問看護等の提供を継続的に実施するとともに、非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該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実施します。
- 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。

10. 感染対策

- 1) ステーションは、職員の清潔の保持及び健康状態の管理を行うとともに、ステーションの設備、備品等の衛生的な管理に努めます。
- 2) 管理者は、ステーションにおいて感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講ずるものとします。
- 3) 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(法人内の感染対策委会)へ定期的に参加するとともに、その結果について、看護師等に周知徹底を図ります。
- 4) 感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- 5) 職員に対し、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。

11. ハラスメント防止

利用者又は家族の故意又は重大な過失により事業者又はその職員もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合は、契約を解除させていただく場合があります。

12. 虐待防止対策について

- 1) 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。
- 2) 成年後見制度の利用を支援します。
- 3) 職員への虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- 4) 虐待防止のための対策を検討する委員会に参加します。
- 5) 職員が虐待と疑われる場面の発見、虐待につながる恐れがある場面を発見した場合法律に沿い自治体に報告いたします。

13. キャンセルについて

- 1) 利用者がサービスを中止する際には、分かり次第にご連絡下さい。
- 2) やむを得ない場合には、訪問予定日当日の9時までに連絡を頂きたいと思っております。
- 3) 訪問中止の連絡が無い場合、キャンセル料として1,100円頂きます。

14. 当ステーションでは利用者及び家族の求めに応じ、看護記録を開示いたします。

15. サービス内容に関する苦情

- | | | |
|---------------|------|-----------------|
| ① 当事業所相談、苦情担当 | 井脇 恵 | 電話 03-6666-8431 |
| ② 居住区の相談、苦情窓口 | 江東区 | 電話 03-3647-9481 |

14. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避ける為、次の事項にご留意下さい。

- 1) 交通事情や先の訪問利用者対応の事情により、訪問時間の遅れに対して、ご了承下さい。
- 2) 看護師などは、年金の管理、金銭の貸貸などの金銭の取り扱いはいたしかねますのでご了承下さい。
- 3) 看護師などは、感染防止の為に洗面所をお借りして手洗いや換気をさせていただきますのでご了承下さい。
- 4) 看護師などに対する贈り物、飲食などのもてなしはご遠慮させていただきます。
- 5) 安全に訪問看護が行えるように訪問時の禁酒、禁煙、ペットの保護をお願いいたします。
- 6) 地震、水害など災害時の緊急対応については、直ぐに対応出来ない事がありますので、ご了承下さい。

15. 第三者評価の受審はしていません。

16. 当法人の概要

名称・法人種別	医療法人財団 寿康会
代表役職・氏名	理事長 猪口 雄二
法人所在地・電話番号	東京都江東区北砂2-1-22 電話 03-3645-9151
定款の目的に定めた事業	1、医療法人財団寿康会 寿康会病院 2、" 寿康会診療所 3、" 砂町訪問看護ステーション

事業所は訪問看護契約、重要事項説明書の内容について、利用者に説明いたしました。よって上記の契約を証する為、本書2通を作成し利用者、事業所が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

事業者

『事業者名』 砂町訪問看護ステーション

『指定番号』 1367193634 東京都

『住 所』 東京都江東区北砂 4-6-31-101

『代表者名』 理事長 猪口 雄二

『管理者名』 所 長 井脇 恵 印

説明者 () 印

私は、契約の内容を本書書面により、事業者から重要事項の説明を受け確認しました。契約書の内容を確認した上で訪問看護に同意いたします。

訪問看護：	曜日	時間：	毎週・隔週・毎月1回・ヵ月に1回
	曜日	時間：	
	曜日	時間：	
訪問	曜日	時間：	毎週・隔週・毎月1回
リハビリ	曜日	時間：	
	曜日	時間：	
緊急訪問の場合があり、時間を変更することがあります。ご了解ください。			

令和 年 月 日
ご利用者 住 所〒

氏 名 印

上記代理人 住 所〒

氏 名 続柄 () 印

(代理の理由)：

同意書

初回加算

私は、契約により訪問看護を受ける初回月に初回加算を算定する事に同意します。又、利用者都合、入院等により過去二月において訪問看護提供を受けていない場合に算定される事に同意します。

緊急時訪問看護加算・24時間対応体制加算

私は、貴訪問看護ステーションの緊急時訪問看護加算・24時間対応体制加算により緊急時の場合、訪問看護を利用する為、算定（月1回）することに同意します。

特別管理加算 I ・ II

私は、訪問看護に関し厚生労働大臣が定める区分に応じて（悪性腫瘍患者指導管理を受けている状態、留置カテーテル使用、在宅酸素、真皮を超える褥瘡など）特別管理加算を算定することに同意します。

サービス提供体制強化加算

当ステーションは厚生労働大臣が定める基準にあり、訪問看護1回につき、また、訪問リハビリ20分1回6単位としての加算が認められています。
この趣旨を理解して加算に同意します。

複数名訪問看護加算

私は、二人の看護師等（両名とも看護師、理学療法士、作業療法士、若しくは言語聴覚士であること要する）が同時に訪問看護を行う場合（利用者の身体的理由により1人の看護師による訪問看護が困難と認められる場合等）の訪問を利用した場合、算定することに同意します。

訪問看護情報提供療養費 1

私は、訪問看護ステーションが居住地を管轄する市町村等に対して、指定訪問看護の状況を示す文書を添えて、保健福祉サービスに必要な情報を提供する事に同意します。

訪問看護情報提供療養費 3

私は、保健医療機関への入院、入所にあたり主治医に訪問看護に係る情報を提供することに同意します。

ターミナルケア加算・ターミナルケア療養費

私は、在宅で死亡日前14日以内に2回以上のターミナルケアを行った場合及びターミナルケアを行った後、24時間以内にご自宅以外で死亡された場合を含み加算を算定することに同意します。

令和 年 月 日

砂町訪問看護ステーション
井脇 恵 殿

個人情報使用同意書

個人情報保護のお取り扱いについて

訪問看護・介護予防訪問看護の提供を通して個人情報を取得し保持させて頂いております。この書面は、利用者及び御家族様の個人情報の保護とお取り扱いにつきまして、等事業所は在宅で医療や介護を受けながら生活されている利用者、及び介護をしているご家族様へ居宅介護支援・(予防)法の趣旨に従い説明するものです。

1. 個人情報の利用目的

当事業所は、訪問看護・介護予防訪問看護の申し込み、又は、各々のサービスの提供を通じて収集した個人情報は、利用者・ご家族の方への心身の状況説明、記録、台帳の作成等といった訪問看護、介護予防訪問看護の提供の為に必要に応じて利用致します。

また、利用者のご家族さまの個人情報は、各々のサービス提供以外にも以下のような場合に、必要に応じて、第三者に提供される場合があります。

- ・ 病院、診療所、薬局及びその他の居宅サービス事業所や居宅介護支援事業所とのカンファレンス等による連携、照会の回答
- ・ 特別養護老人ホーム等の介護保険施設入所の照会への回答
- ・ 審査、支払機関へのレセプトの提出
- ・ 保険者への相談、届け出、及び照会への回答

2. 個人情報の保存

収集した個人情報は、法律に定められた期間、保存することを義務付けられています。保存の実施方法・期間・廃棄処分については、適用される法律ごとに異なります。

3. 個人情報の第三者への提供について

当事業所は、次の場合を除いて利用者の個人情報を第三者に提供する事はありません。

- ・ 法令に基づく場合
- ・ 個人の生命・心身または財産の保護のために必要がある場合で、ご本人またはその代理人に同意を得ることが困難な場合、特別養護老人ホーム等の介護保険施設入所時の照会への回答
- ・ 公衆衛生の向上推進の為に特に必要がある場合で、ご本人またはその代理人の同意を得ることが困難な場合
- ・ 国の機関もしくは地方公共団体、またはその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行する事に対して協力する必要がある場合で、ご本人またはその代理人の同意を得る事により当該事務の遂行に支障を及ぼす恐れのある場合

第三者に該当しないケース

- * 当事業所が、利用目的の達成に必要な範囲内で業務委託をしている業者等
- * 同一法人内の病院、クリニック、介護支援事業所

4・お問い合わせ

開示請求、苦情、訂正・利用停止は砂町訪問看護ステーションにお申し出ください。

説明者 _____ 印

上記内容を確認し、個人情報の使用に関して同意します。

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日

利用者 住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

利用者ご家族 住 所 〒 _____
又は代理人

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

利用者の家族 住 所 〒 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____