

# 訪問看護重要事項説明書

## 1 事業所の概要

事業所名	みなみまちだほうもんかんごすてーしょん ペンギン 南町田訪問看護ステーション ペンギン	
管理者名	すずき なな 鈴木 奈々	
設立年月日	平成 23 年 9 月 1 日	
事業所指定番号	1363290030 号	
所在地	〒194-0004 東京都町田市鶴間四丁目 5 番 8 号 TEL 042-706-8663 FAX 042-706-8664	
サービス提供地域	町田市、相模原市、横浜市、大和市、座間市、厚木市	
職員体制		
管理者 (看護職員を兼務)	1 名	
職 種	看護師	13 名 (常勤 12 名 非常勤 1 名)
	理学療法士	4 名 (常勤 4 名 非常勤 0 名)
	作業療法士	1 名 (常勤 1 名 非常勤 0 名)
	事務	3 名 (常勤 2 名 非常勤 1 名)

## 2 運営の方針

- (1) 訪問看護の実施に当たっては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図ると共に利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。
- (2) 事業の実施に当たっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連帯に努め、総合的な支援を心がけます。

### 3 サービス内容

(1) 「訪問看護」は利用者の居宅において看護師、保健師、助産師、理学療法士、作業療法士、言語療法士の専門職員その他省令で定める者が療養上の世話 または必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

- ①病状・全身状態の観察 ②清拭・洗髪などによる清潔の保持 ③褥瘡の予防
- ④食事及び排泄など日常生活の世話 ⑤リハビリテーション ⑥認知症の看護
- ⑦ターミナルケア ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテル等の管理
- ⑩その他医師の指示による医療処置

(2) 事業所は、利用者のご希望する日程により訪問看護サービスを提供します。

### 4 営業時間

区分	月曜日～金曜日	土・日・祝日
営業時間	8:30～17:00	休日

※年末年始（12/30～1/3）は休業となります。

### 5 利用者負担金

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、別表のとおりです。
- (2) この金額は、医療保険の法定利用料に基づく金額です。（※又は、医療保険の法定利用料の範囲内で当事業者が設定した金額です）
- (3) 利用者負担金は、サービスを受けた翌月に請求書を発行いたしますので、現金または口座振替で徴収いたします。

### 6 相談窓口・苦情対応について

お客様相談・苦情受付窓口までご連絡ください

南町田訪問看護 ステーション ペンギン	TEL 042-706-8663
	FAX 042-706-8664
	管理者 鈴木 奈々
南町田病院	TEL 042-799-6161
	南町田病院 事務長
東京都国民健康保険団体連合会	国保連苦情相談窓口
	TEL 03-6238-0177
神奈川県国民健康保険団体連合会	介護保険課 介護苦情相談課
	TEL 0570-022-110

## 7 事故発生時の対応

- (1) 緊急時及び事故発生時にあつては、緊急対応の上利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。また契約時の緊急連絡先に沿って連絡いたします。
- (2) 利用者に対する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。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。

## 8 キャンセル

- (1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、分かり次第ご連絡下さい。
- (2) 訪問予定日の前日 17 時までにご連絡ください。中止のご連絡が無い場合、キャンセル料として 1,100 円いただきます。

## 9 その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意下さい。

- (1) 交通事情により、訪問時間の 15 分程度の遅れに対して、ご了承ください。
- (2) 看護師などは、年金の管理、金銭の賃貸などの金銭の取扱いはいたしかねますのでご了承ください。
- (3) 医療費のほかに訪問の都度、交通費を別途徴収致しますので、ご了承ください。
- (4) 看護師などは、感染防止のために訪問時退出時に洗面所をお借りして、手洗いをさせていただきますのでご了承ください。
- (5) 看護師などに対する贈り物や飲食などのもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- (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できない事がありますのでご了承ください。
- (7) 原則、本人またはご家族に感染症が発症した場合は訪問を中止させていただく事があります。

事業所は訪問看護契約書・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。

契約書の内容及び重要事項、利用料金などについて南町田訪問看護ステーション ペンギンより説明を受け、内容を確認しました。

契約書の内容を確認した上で訪問看護サービスの契約を締結します。

契約締結日 西暦 年 月 日

《ご利用者》 住所 〒 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

《上記代理人》 住所 〒 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ (印)  
TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_  
代理の理由 \_\_\_\_\_

《事業所》 住 所 〒194-0004 東京都町田市鶴間四丁目5番8号  
名 称 社会医療法人社団 正志会  
南町田訪問看護ステーション ペンギン  
代表者 理事長 猪口 正孝 (印)  
TEL 042-706-8663 FAX 042-706-8664  
説明者 \_\_\_\_\_ (印)

提供するサービスの第三者評価の現地状況について

事業所で提供しているサービスの内容や課題等について、第三者の観点から評価を行っています。

実施の有無	有
実施し直近の年月日	2017年8月20日
実施した評価機関の名称	特定非営利活動法人NPO サービス評価機構
評価結果の開示状況	とうきょう福祉ナビゲーション 福祉サービス第三者評価

# 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有させていただいております。この書面は、利用者及びご家族様の個人情報の保護とお取り扱いにつきまして、当事業所は在宅で医療や介護を受けながら生活を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、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ために必要に応じて利用いたします。

また、利用者のご家族様の個人情報は、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者や居宅介護支援事業等とのカンファレンス等による連携、照会への回答
- 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
- 審査、支払い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・廃棄処分方法については、適用される法律ごとに異なります。

### 3. 個人所法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ことはありません。

- 法令に基づく場合
- 個人の生命・身体又は財産の保護のために**必要**がある**場合**で、ご本人又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
- 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進の為に特に**必要**がある**場合**で、ご本人又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、又はその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある**場合**で、ご本人又はその代理人の同意を得ること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

4. お問い合わせ

開示請求、苦情・訂正・利用停止等は、南町田訪問看護ステーション ペンギ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いたします。

西暦 年 月 日

利用者 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 \_\_\_\_\_

利用者の家族 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 \_\_\_\_\_

その他 住 所 〒 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

続 柄 \_\_\_\_\_

# 同意書

《24時間対応体制加算・訪問看護情報提供療養費・ターミナルケア療養費、  
複数名訪問看護加算・在宅患者連携指導加算・研修実習協力》

- 私は、貴訪問看護ステーションの24時間連絡体制により、緊急時の場合などの訪問看護を利用する為、24時間対応体制加算を算定することに同意します。
- 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ことに同意します。
- 私は、ターミナル期における訪問看護の利用について、死亡日前14日以内に2回以上ターミナルケアを行った場合（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む）に、ターミナルケア療養費を算定することに同意します。
- 私は、二人の看護師等（両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する）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人の看護師等による訪問看護が困難と認められる場合等）の訪問看護を利用した場合、複数名訪問看護加算を算定することに同意します。
- 私は、看護師等（准看護師を除く）が訪問診療を実施している医療機関、歯科、薬局と文書等により情報共有を行い、それを踏まえた療養上の指導を行った場合に、在宅患者連携指導加算を算定することに同意します。
- 私は、リハビリテーションを中心とした訪問看護においては理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が訪問することに同意します。
- 私は、保険医療機関への入院、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。
- 私は、看護師の在宅研修及び看護学生の実習の協力を同意します。

西暦 年 月 日

利用者住所 〒

---

利用者氏名

---

※利用者自らが同意する場合は記入不要です。

利用者代理人住所 〒

---

利用者代理人氏名

---

⑩

利用者との続柄

---

南町田訪問看護ステーション ペンギン  
鈴木 奈々 殿