

訪問看護重要事項説明書

1 事業所の概要

| | | |
|------------------|---|------------------|
| 事業所名 | とうきょうりばーさいどほうもんかngoすてーしょん ペンギン 東京リバーサイド訪問看護ステーション ペンギン | |
| 管理者名 | おだ みさこ 尾田 美佐子 | |
| 設立年月日 | 2015年10月1日 | |
| 事業所指定番号 | 1361890070号 | |
| 所在地 | 〒116-0003 TEL 03-5604-5432 FAX 03-5604-5433 | |
| サービス提供地域 | 荒川区、足立区（千住曙町、千住関屋町）、墨田区（堤通2）、台東区（日本堤1丁目・2丁目、三ノ輪1丁目・2丁目、竜泉1丁目・2丁目、根岸5丁目） *上記以外の地域への訪問に関しては相談の上、決定します。 | |
| 職 員 体 制 | | |
| 管理者 (看護職員を兼務) | 1 名 | |
| 職 種 | 看 護 師 | 6名 (常勤 6名 非常勤 名) |
| | 理学療法士 | 3名 (常勤 3名 非常勤 名) |
| | 作業療法士 | 名 (常勤 名 非常勤 名) |
| | 事 務 | 1名 (常勤 1名 非常勤 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服薬管理、指導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、介護保険の法定利用料に基づく金額です。（※又は、介護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) 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を越える場合を含む）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅介護サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることになります）

(4) 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、又は口座引き落としにて徴収いたします。

(5) 交通費については、通常のサービス実施地域にお住まいの方は無料です。

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

| | | |
|-----------------------------|---------------------|--------------|
| 東京リバーサイド訪問看護 ステーション ペンギン | TEL | 03-5604-5432 |
| | FAX | 03-5604-5433 |
| | 管理者 | 尾田 美佐子 |
| 荒木記念 東京リバーサイド病院 | TEL | 03-5850-0311 |
| | 荒木記念 東京リバーサイド病院 事務長 | |

◆公的機関においても、次の機関において苦情申立などができます。

| | |
|----------------|------------------|
| 荒川区役所 | 介護保険課 事業者支援係 |
| | TEL 03-3802-3111 |
| 台東区役所 | 介護保険課 |
| | TEL 03-5246-1244 |
| 墨田区役所 | 介護保険課給付・事業者指導担当 |
| | TEL 03-5608-6544 |
| 足立区役所 | 介護保険課事業者指導係 |
| | TEL 03-3880-5746 |
| 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 |

7 事故発生時の対応

- (1) 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、契約時の緊急連絡先に沿って利用者の家族、及び利用者に係る介護支援専門員、区市町村などに連絡を行います。
- (2) 事業所は、前項の事故の状況及び事故に際しとった処置について記録します。
- (3) 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 1,000 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) 交通事情や先の訪問利用者対応等による、訪問時間の遅れに対してご了承ください。
- (2) 従業員は、年金の管理、金銭の貸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) 従業員は、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くことがございますのでご了承ください。
- (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) 地震、水害など災害時の通常訪問及び緊急対応について、対応出来ない場合がありますのでご了承ください。
- (6) 原則、ご本人及びご家族等に当事業所での対応が困難な感染症が発生した場合、訪問を中止させて頂く場合がございますのでご了承ください。

- (7) セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント等の行為は禁止事項とさせていただきます。
- (8) サービス利用中に従業員の写真や動画撮影、録音などを無断で SNS などに掲載する行為は禁止事項とさせていただきます。

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、利用者様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東京リバーサイド訪問看護ステーション ペンギンより説明を受け、内容を同意しました。

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 20 年 月 日

【ご利用者様】 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

TEL _____

【代理人様】 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

TEL _____

代理の理由 _____

【事業所】 住 所 〒116-0003 東京都荒川区南千住 8-5-8 はなみずき通り北参番館 106 号

名 所 東京リバーサイド訪問看護ステーション ペンギン

代表者 尾田 美佐子 _____ (印)

T E L 03-5604-5432 F A X 03-5604-5433

説明者 _____ (印)

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、利用者のみなさまの個人情報は、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
- 訪問看護ステーションで行われる学生の実習等

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、東京リバーサイド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。

20 年 月 日

【ご利用者様】 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

【代理人様】 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____

【ご家族様】 住 所 〒 _____

氏 名 _____ (印)

続 柄 _____

同意書

《緊急時訪問看護加算》

□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電話による相談または訪問看護を利用する為、緊急時看護訪問加算を算定することに同意します。

《特別管理加算》

□私は、病気の状態から（ ）の管理・相談が必要な為、特別管理加算を算定することに同意します。

《複数名訪問看護加算》

□私は、必要な処置や看護を受けるにあたり、一人の看護師による訪問看護が困難な場合、複数名訪問看護加算を算定することに同意します。

《ターミナルケア加算》

□私は、ターミナル期に①24時間常時連絡でき②ターミナルケアの提供過程における心身の状況の変化及びこれに対する看護の内容等必要な事項を適切に記録する体制を整備した貴訪問看護ステーションを利用する為ターミナルケア加算を算定することに同意します。

《理学療法士等による訪問》

□私は、理学療法士等による訪問が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で、看護職員の代わりとなる訪問であるとの説明を受け、その内容に同意します。

20 年 月 日

東京リバーサイド訪問看護ステーション ペンギン

尾田 美佐子殿

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
