

訪問看護重要事項説明書

I. 基本方針

1. 利用者が安心して自分らしくいきいきと生き、より自立・安定した生活を継続して送れる様支援します。
2. 利用者の心身の状態に合わせて支援します。
3. 地域と連携を図りながら利用者主体の看護の提供に努めます。

II. 当事業所の概要

1. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション ウィズアス
所在地	山梨県甲府市美咲 1 丁目 7 - 1 7 ノア桂 102 号室
連絡先	055-288-9891
管理者名	河合 悦子
サービス提供地域	甲府市・甲斐市・中央市・昭和町

* サービス提供地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

2. 同事業所の職員体制

区分	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1 名		1 名
訪問看護	看護師、作業療法士	5 名		6 名
事務職員		1 名		1 名

3. 営業日、営業時間

営業日	月曜日～金曜日 * 但し国民の祝日及び年末年始を除く
営業時間	午前 9 時～午後 5 時迄

III. サービス内容

主治医の指示書に基づき、次のサービスを提供致します。

1. 疾患管理支援：体調や病状の観察と助言、健康相談（血圧・熱・呼吸・脈拍測定、既往疾患の観察と助言・食事指導等、環境整備）
2. 服薬支援：飲み方、タイミング、貼付方法等の支援
3. 生活支援：家庭・地域の過ごし方への支援、清潔の保持、食事、環境の整え方等
4. 自立支援：自立した生活を送るための支援
5. 社会資源の活用：各種手続き、就労の支援

IV.利用料金

- 1.医療保険制度及び関係法令に基づく訪問看護費用（法改定により料金は変動します）になります。各々の保険の自己負担分の支払いとなります。別紙、利用金表をご参照ください。
- 2.交通費
交通費については、1 kmにつき 40 円 片道分をいただきます。
ただし、生活保護対象者の交通費は頂きません。
- 3.キャンセル料
前日迄の連絡は無料です。当日の場合は、実費等請求させていただく場合もあります。
- 4.料金等のお支払い方法
毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 15 日頃迄にお伝えします。同月末日迄にお支払いください。口座振込みの方法と現金による徴収があります。尚振込手数料は、利用者様負担となります。山角病院外来においても支払いができます。

V.サービス内容に関する相談・苦情

- 1.当事業者ご利用の相談・苦情担当
当事業所の訪問看護に関するご相談・苦情を申し立てることができます。
苦情を申し立てる事による一切の不利益な対応は致しません。
相談・苦情受付担当者：事務担当者
相談・苦情解決責任者：河合悦子（管理者）
受付時間：月曜日～金曜日 午前 9：00～午後 5：00
電話： 055-288-9891
- 2.その他
当事業所以外に、苦情相談窓口で苦情を伝えることができます。各市町村、国民健康保険団体連合会でも受け付けています。

VI.サービスのご利用方法

- 1.サービスの利用開始
契約を結んだ後、サービス提供を開始致します。
- 2.サービスの終了
①利用者様のご都合でサービスを終了する場合
サービス終了を希望する日の 2 週間前迄に事業所までお申し出ください。契約解除希望日の 7 日前までに書面をもって、契約の解除をすることができます。ただし、利用者の急な入院等やむを得ない場合は、書面通知に関係なく契約解除ができます。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情のより、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、終了日の一ヶ月迄に文書で通知致します。

③自動終了（以下の場合は、双方の通知がない場合でも自動的に終了します。）

- ・利用者様が介護訪問施設等に入所した場合や、入院した場合
- ・サービスを休止して3ヶ月以上経過した場合
- ・利用者様が亡くなられた場合

④その他

- ・入院、入所により利用を休止された場合、利用再開時当ステーションの状況により希望される時間、曜日に対応できない場合があります。その場合は、他の利用可能な時間・曜日を提示し改めて調整させていただきます。
- ・当ステーションが正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で中止を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・サービスの提供を中止する場合
 - 1) 利用者様が、利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告しても10日以内に支払わない場合。
 - 2) 当ステーションや当職員に対して本契約継続が難しいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで当ステーション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もあります。
 - 3) 利用者様に他のご利用者の健康に影響を与える可能性がある疾患（インフルエンザ、コロナウイルス、感染性胃腸炎等の感染症等）が分かった場合は、速やかに事業所にご連絡下さい。サービスの利用を治癒するまで中止する場合もございます。
 - 4) 大雨、洪水、暴風、大雪等天候がきわめて不良の場合は連絡した上で訪問をみあわせる場合、又は、振替を相談する場合があります。
- ・利用者様が健康上の問題がある場合、訪問日を変更する場合もあります。
- ・訪問看護中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止・変更することもあります。その場合は、ご家族又は緊急連絡先にご連絡するとともに必要な措置を適切に行います。
- ・サービス提供の際のトラブルを避けるため、次の事項をご了承ください。
 - 1) 年金管理・金銭の取り扱い等はいたしません。
 - 2) 贈り物や飲食によるもてなしは、ご遠慮させていただきます。

VII.秘密保持

当事業者の職員は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者のご家族の秘密は洩らさないことをお約束します。この守秘義務は契約終了後・職員が退職後も同様です。しかし、高齢者虐待の防止、高齢者に対する支援等に関する法律に定める通報はできるものとし、秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

訪問看護でサービス提供の為利用者、又は、ご家族様の同意を得、「主治医・医療機関等」又は、「居宅サービス事業者・施設サービス事業者・障害福祉サービス事業者」等に対して情報提供する事、又受け取ることがあります。個人情報保護方針に基づき個人のプライバシーは守ります。

VIII.事故発生時の対応

当事業者の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、速やかに主治医・家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じ、再発を防ぐ為の対策を講じます。訪問時間内の訪問車への同乗は緊急対応時のみをお願いしています。当事業所は、サービスの提供にともなって事業者の責めに帰すべく事由により利用者様に損害をおよぼした場合には、その損害を賠償します。

IX.緊急時の対応方法

サービスの提供中に利用者様の病状に急変・その他緊急事態が生じた時には、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに主治医に連絡し適切な処置を行います。救急隊、家族、居宅サービス事業者等へ連絡いたします。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
第1連絡先	フリガナ 氏名	(続柄:)
	連絡先	住所(〒 -)
		自宅電話番号:
		携帯番号:
第2連絡先	フリガナ 氏名	(続柄:)
	連絡先	住所(〒 -)
		自宅電話番号:
		携帯番号:
主治医・家族等への連絡基準		
その他連絡先		

年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、契約書・重要事項を説明しました。

事業所 所在地 山梨県甲府市美咲
名称 訪問看護ステーション ウィズアス 印

説明者氏名 _____ 印

私は本書面により、事業者から訪問看護についての契約書・重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※(署名代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

<情報提供同意書>

介護保険法及び医療保険法等の関連法規による訪問看護で良質なサービス提供の為
『主治医・医療機関等』または、『居宅サービス事業者・施設サービス事業者・障害福祉
サービス事業者等』に対して情報提供する事、又、資料の提供を受ける事があります。
御同意いただけましたらご署名をお願いいたします。

個人情報保護方針に基づき、個人のプライバシーはお守りいたします。

上記について同意します。 年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※(署名代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印 続柄 _____

※署名代理人 利用者の筆記能力または判断能力が不十分な場合に署名を代行します。