

重要事項説明書

利用者氏名 _____様

契約締結日 令和 年 月 日

有限会社 ハートフルハウス
ハートフルハウス訪問看護ステーション

訪問看護重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して指定訪問看護及び介護予防訪問看護サービスを提供します。提供するに当たり、当事業所の概要や事業内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者概要

事業者名称	有限会社 ハートフルハウス
主たる事務所の所在地	愛知県長久手市宮脇911番地
代表者名	代表取締役 古川 浩
電話番号/FAX 番号	0561-63-6433 / FAX 0561-63-6443

2. 事業所の名称等

事業所の名称	ハートフルハウス訪問看護ステーション
指定番号	2365090048
所在地	愛知県長久手市城屋敷 108 番地 2 階
電話番号	0561-61-5100
通常の事業の実施地域	長久手市、名古屋市守山区、名古屋市名東区、瀬戸市、尾張旭市、日進市、豊田市

3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	ハートフルハウス訪問看護ステーション(以下「事業所」という。)が行う指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定めステーションの看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護職員等」という。)が、要介護状態(介護予防にあっては要支援状態)であり、主治の医師が必要を認めた高齢者に対し、適正な事業の提供を目的とします。
運営方針	指定訪問看護の提供に当たって、ステーションの看護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、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継続できるよう支援します。 指定介護予防訪問看護の提供に当たって、ステーションの看護職員等は、要支援者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。 事業の実施にあたっては関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

4. 職員の職種、員数及び職務内容

職種	資格	常勤	非常勤	備考
管理者	経験のある看護師	1名	0名	
看護職員	看護師	1名以上	1名以上	常勤のうち1人管理者と兼務
	准看護師	0名	0名	
理学療法士		1名以上	0名	
作業療法士		0名	1名以上	
言語療法士		0名	0名	
事務職員		0名	1名以上	

管理者:ステーションの従業者の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに自らも事業の提供に当たります。

看護職員等:看護師は訪問看護計画書及び訪問看護報告書(介護予防訪問看護計画書及び訪問看護報告書を含む。)を作成し、事業の提供に当たります。

セラピスト等:医師の指示に基づき、利用者宅を訪問し、リハビリテーションを中心としたサービスの提供に当たります。

事務職員:事業の実施にあたって必要な事務を行います。

5. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日（但し 祝日、12月29日～1月3日は除く）
営業時間	午前 9時 ～ 午後 6時

営業時間外は、電話による、24時間常時連絡が可能な体制を取っています。

6. 事業内容

- ① 病状の観察
- ② 清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③ 食事及び排泄等日常生活の世話
- ④ 床ずれの予防・処置
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ ターミナルケア
- ⑦ 認知症患者の看護
- 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

7. 利用料等

(1)事業を提供した場合の利用料の額は、(介護保険・医療保険ともに)厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業が法定代理受領サービスである時には、介護報酬告示の額に各利用者の介護負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とします。(但し、介護保険の給付範囲を超えた事業、個人契約による事業については全額自己負担)
基本料金の詳細については別紙参照

(2)通常の実施地域を超えて行う事業に要した交通費は、その実施地域を超えた時点から自宅までの往復の交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

実施地域を超えた時点から、1キロメートル毎に 30 円

通常実施地域

長久手市、名古屋市名東区、名古屋市守山区、瀬戸市、尾張旭市、日進市、豊田市

(3)死後の処置料 20,000 円とします。

(4)前二項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けることとします。

8. 支払方法

利用料金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

- ①現金払い(サービス提供時に毎回または月1回定められた日にお支払い願います)
- ②銀行振込(期日までにお振り込み願います。手数料は利用者負担となります。)
- ③自動引き落とし

9. キャンセル

利用者が事業の利用をキャンセルする際は、事業予定日の前日18時までに所定の連絡先までご連絡下さい。当日のキャンセルについては、キャンセル料(基本料金の 10 割)をいただく場合がありますのでご了承下さい。

10. 緊急時等の対応方法

- ①緊急時および事故発生時にあたっては、緊急対応の上、利用者の主治の医師へ連絡し、医師の指示に従います。
- ②看護職員等は、訪問看護を実施中に利用者の病状の急変やその他緊急事態が生じた時、若しくは訪問以外に緊急連絡が入った時は、必要に応じて臨時応急・臨時訪問等を行うとともに、速やかに主治の医師に連絡し適正な処置を行うこととします。

11. 苦情申立窓口

訪問看護に関するご相談や苦情は遠慮なく下記までご連絡下さい。迅速に対応します。

事業所	連絡先
ハートフルハウス訪問看護ステーション 管理者 松井登世美	長久手市城屋敷 108 番地 2 階 0561-61-5100
有限会社 ハートフルハウス 総務部	長久手市宮脇 911 番 0561-63-6433
長久手市役所 保健福祉課 長寿係	長久手市岩作城の内 60 番地1 0561-63-1111
愛知県国民健康保険連合会 介護サービス相談室	名古屋市東区泉 1-6-5 国保会館南館7階 052-971-4165

12. 個人情報取り扱いについて、別紙参照

令和 年 月 日

訪問看護事業の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。この説明書を2通作成し、利用者及び事業者が署名押印の上、各自1通ずつ保有するものとします。

事業者

〈事業者名〉 有限会社ハートフルハウス

〈所在地〉 愛知県長久手市城屋敷 108 番地

〈代表者名〉 代表取締役 古川 浩

説明者

〈所属(事業所)〉 ハートフルハウス訪問看護ステーション

〈氏名〉 _____

私は、本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用者

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____

(代理人)

〈住所〉 _____

〈氏名〉 _____