

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護)

1. 事業者(法人)の概要

事業者名	合同会社ZEROOM
主たる事務所の所在地	〒441-8016 愛知県豊橋市新栄町字大溝 36-3
代表者(職名・氏名)	代表社員 春名 智貴
設立年月日	令和 2年 12月 3日
電話番号	080-2620-4318

2. 事業所の概要

事業所名	ハビリス訪問看護リハビリステーション	
所在地	〒441-8016 愛知県豊橋市新栄町字大溝 39 サンライズフジ B 棟 101 号室	
電話番号	0532-39-3374	
指定年月日・事業所番号	令和 3年 4月 1日指定	2362090405
管理者名	夏目 祥平	
サービス提供地域	豊橋市、豊川市	

3. 事業所の職員体制

職 種	従事するサービス内容等	人 員
管理者	管理者は業務全般を一元的に管理します。	1名 (常勤)
看護師	主治医より訪問看護指示書を受けた後、利用者の状態に合わせ、必要に応じたサービスを提供します。	8名 (常勤) 4名 (非常勤)
理学療法士	主治医より訪問看護指示書を受けた後、利用者の状態に合わせ、必要に応じたリハビリテーションのサービスを提供します。	4名 (常勤) 2名 (非常勤)
作業療法士		1名 (常勤) 0名 (非常勤)
言語聴覚士		0名 (常勤) 1名 (非常勤)
事務職員		0名 (常勤) 0名 (非常勤)

4. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日～日曜日まで(祝日を含む) ただし、年末年始(12月30日～1月3日)は除きます。	9時00分～18時00分まで

※利用者の状況に応じて、必要な場合には営業時間以外でのサービス提供も行っています。

5. 提供するサービスの内容

- (1) 病状・障害・全身状態の観察
- (2) 清拭・洗髪・入浴介助等の清潔保持、食事及び排泄等日常生活の援助
- (3) 褥瘡の予防・処置
- (4) ターミナルケア
- (5) 認知症患者の看護
- (6) 療養生活や介護方法の教育助言
- (7) カテーテル等の管理
- (8) 在宅におけるリハビリテーション
- (9) 在宅療養を継続するための必要な援助相談
- (10) その他医師の指示による処置

6. サービス利用料及び利用者負担 ⇒ 別紙参照

7. 事業所におけるサービス提供方針

- (1) 指定訪問看護の実施にあたっては、主治医の指示のもと、利用者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援します。
- (2) 指定訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図ります。
- (3) 指定訪問看護の実施にあたっては、療法士によるリハビリのみのサービス提供ではなく、看護師によるサービスを定期的、月 1 回以上の提供とさせていただき、全身状態の観察、及び身体評価並びにアセスメント情報を共有し、訪問看護計画書及び報告書に反映し継続支援できるように支援いたします。
- (4) 指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携して、定期的な巡回訪問や随時の通報を受けて指定訪問看護を提供する。

8. サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問看護記録」等を書面にて記載します。
- (2) 事業所は、一定期間ごとに「訪問看護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「訪問看護記録書」その他の記録を作成します。
- (3) 事業所は、前記「訪問看護記録書」その他の記録を、サービス終了日から5年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

9. 利用者負担金

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、別表のとおりになります。
- (2) この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額になります。
- (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超える場合を含む）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、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります）
- (4) 利用者負担金は、現金徴収となります。

10. キャンセル

サービスの利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

ステーション名：ハピリス訪問看護リハピリステーション 連絡先：0532-39-3374

利用者の都合でサービスを中止にする場合には、サービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは次のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承ください。ただし、利用者の容体の急変・緊急など、やむをえない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセル料金：0円

11. 秘密保持

事業者及び看護師等は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を洩らしません。但し、居宅サービス計画を作成するにあたり、サービス事業者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から文書で同意を得るものとします。

12. 事故時の対応等

- (1) 事業所は、安全かつ適切に、質の高い介護保険サービスを提供するために、サービスの安全性はもとより、職員の健康管理、事故防止に努め、事業所の保全について計画的に取り組む
- (2) 利用者に対するサービス等の提供により事故が発生した場合は、すみやかに当該広域連合及び市町村、利用者の家族、介護支援専門員(介護予防にあっては地域包括支援センター)等に連絡を行うとともに必要な措置を講じる。
- (3) 前項の事故の状況及び事故に際して採った処置を記録する。
- (4) 利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償をすみやかに行う。

13. 相談窓口、苦情対応

事業所のサービスに関する相談や苦情対応については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	0532-39-3374	FAX番号	0532-39-3375
担当者	管理者 夏目 祥平		
その他	相談・苦情については、管理者及び担当の看護師等が対応します。不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、管理者、担当者に引き継ぎます。		

サービスに関する相談や苦情対応については、次の機関においても苦情申し立て等ができます。

苦情受付機関	東三河広域連合 介護保険課	電話番号:0532-26-8471
	愛知県国民健康保険団体連合会	電話番号:052-971-4165

14. 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、次の事項にご留意ください。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借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。
- ② 看護師等は、介護保険制度上、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされています。それ以外のサービスについてはお受けいたしかねますので、ご了承ください。
- ③ 看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

令和 年 月 日

【説明確認欄】 私は重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____

※上記代理人(代理人を選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____

【説明確認欄】 上記のとおり重要事項について文書を交付し、説明しました。

(事業所名)

住 所 愛知県豊橋市新栄町字大溝39サンライズフジB棟101号

事業所名 ハピリス訪問看護リハビリステーション

管理者名 夏目 祥平

説明者 氏 名 _____