

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護・(医療)訪問看護)

1、事業者(法人)の概要

事業者名	Familj 合同会社
主たる事務所の所在地	〒183-0006 東京都府中市緑町2-3-1 ヒルクレストホリエ103
代表者(職名・氏名)	代表社員 畠山 博
設立年月日	2016年 6月1日
電話番号	042-310-9748

2、事業所の概要

事業所名	オムソーリ訪問看護リハビリステーション府中
所在地	〒183-0006 東京都府中市緑町2-3-1 ヒルクレストホリエ103
電話番号	042-310-9748
指定年月日・事業所番号	2017年 2月1日指定 1363890185
管理者名	岸 由美子
サービス提供地域	府中市全域、調布市の一部(飛田給、西町、野水、上石原のみ) 国分寺市の一部(新町、北町、高木町、戸倉、並木町、光町、富士本を除く。)三鷹市の一部(大沢のみ)、小金井市の一部(関野町、梶野町を除く。)

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。	3名 (常勤) 4名 (非常勤)
准看護師	医師または看護師の支持を受けて、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。	2名 (常勤) 0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、必要に応じたりハビリテーションのサービスを提供します。	2名 (常勤) 2名 (非常勤)
作業療法		3名 (常勤) 0名 (非常勤)
言語聴覚士		0名 (常勤) 0名 (非常勤)
事務職員	事務業務又は事務職務の連絡等を行います。	1名 (常勤) 2名 (非常勤)

4、営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日(祝日)、年末年始(12月31日～1月3日)は除く	8時30分～17時30分

※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. 健康状態の観察(血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察)
2. 日常生活の看護(清潔・排泄・食事など)
3. 在宅リハビリテーション看護(寝たきりの予防・手足の運動など)
4. 療養生活や介護方法の指導
5. 認知症の介護・お世話と悪化防止の相談
6. カテーテル類の管理・褥瘡の処置など医師の指示に基づいての看護
7. 生活用具や在宅サービス利用についての相談
8. 終末期の看護

6、サービス利用料及び利用者負担

1. 医療保険・介護保険→別紙参照
2. その他サービス
通常の実務の実施地域を越える場合の交通費 実費 1キロメートル当たり 50円
死亡時の処置 22,000 円(税込)

7、事業の目的と事業所におけるサービス提供方針

事業の目的

居宅において、主治医が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供します。

運営の方針

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に提供させていただき、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。

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」等を電子データもしくは書面にて記載します。
2. 事業者は、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. 事業者は、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、介護保険又は医療保険の法定利用料に基づく金額になります。
3. 介護保険・医療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、毎月27日にご指定の金融機関の口座から引落となります。
※金融機関休業日の場合は、翌営業日となります。
※口座振替の手続き状況により、現金での回収をお願いする場合がございます。

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	オムソーリ訪問看護リハビリステーション府中
連絡先	042-310-9748

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キャンセル料2,000円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。

11、虐待の防止について

1. 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。
 - ①虐待防止に関する責任者を選定しています。
虐待防止に関する責任者 管理者 岸 由美子
 - ②成年後見制度の利用を支援します。
 - ③苦情解決体制を整備しています。
 - ④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
 - ⑤介護相談員を受入れます。
 - ⑥サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者(利用者の家族等高齢者を現に養護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

12、業務継続計画の策定

- 1.事業者は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとします。
- 2.事業者は、従業者に対し業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的の実施いたします。
- 3.事業者は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うものとします。

13、秘密保持

1. 事業者及び看護師等は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を洩らしません。但し、訪問看護計画の作成や居宅サービス計画を作成するにあたり、サービス事業者や市町村の実施する保険福祉サービスとの連携をするにあたり、関係者に開示しなければならない情報については、事前に利用者及びその家族から文書で同意を得るものとします。

14、緊急時および事故発生時の対応方法

1. 緊急時および事故発生時にあつては、緊急対応のうえ利用者の主治医へ連絡し医師の指示に従います。また登録されている緊急連絡先に連絡いたします。
2. サービス提供にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業者の故意または過失によらないときは、この限りではありません。

15、相談窓口、苦情対応

1. 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 042-310-9748

FAX番号 042-310-9749

担当者 管理者 岸 由美子

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。介護保険での訪問看護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	電話番号
府中市福祉保健部介護保険課	042-335-4470
調布市福祉保健部高齢者支援室介護保険担当	042-481-7016
三鷹市 高齢者支援課	0422-45-1151
国分寺市福祉保健部介護保険課	042-325-0111
小金井市介護福祉課高齢福祉係	042-387-9843
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177

16、その他

- (1) 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。訪問看護サービスの利用にあたり、ご利用者は本書面に記載されているサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。
- (2) 訪問看護サービスの実施するために使用する水道・ガス・電気・介護用品・衛生用品等の費用は利用者負担となります。
- (3) 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。
- (4) 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。
- (5) 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。
- (6) 交通事情等により訪問開始時間には多少のお時間の遅れが出る場合がございます。

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 _____ 印

※上記代理人(代理人を選任した場合)

住 所 _____
氏 名 _____ 印

【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。

<事業主>
Familj 合同会社 オムソーリ訪問看護リハビリステーション府中
〒183-0006 東京都府中市緑町2-3-1 ヒルクレストホリエ 103

代表者: 畠山 博 管理者名: 岸 由美子 印