

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	株式会社オレンジハート
主たる事務所の所在地	〒660-0883 兵庫県 尼崎市 神田北通 四丁目 58 番地 エコービル 201 号
代表者(職名・氏名)	代表取締役 岩井 良城
設立年月日	2017 年 12 月 1 日
電話番号	06-4950-4520

2. 事業所の概要

事業所名	オレンジハートリハビリ訪問看護ステーション	
所在地	〒660-0884 兵庫県尼崎市神田中通 4 丁目 88 番地 4 盛口ビル 2 階	
電話番号	06-6439-7451	
指定年月日・事業所番号	2018 年 6 月 1 日指定	2863090961
管理者名	太田 雅志	
サービス提供地域	尼崎市、西宮市(一部)、伊丹市(一部)とする。	

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) (看護師兼務)
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。	5 名 (常勤) (常勤の内 1 名管理者兼務) 2 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。	8 名 (常勤) 名 (非常勤)
作業療法士		名 (常勤) 名 (非常勤)
言語聴覚士		名 (常勤) 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。	2 名 (常勤) 名 (非常勤)

4. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日まで ただし、年末年始(12月30日～1月3日)は除きます。	8時30分～17時30分まで

※利用者の状況に応じて、必要な場合(緊急時訪問看護加算・特別管理体制・ターミナルケアのご利用者様)には営業時間以外での連絡及び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)
- ※ 訪問看護事業所における、理学療法士等の訪問は、看護業務の一環としてリハビリテーションを行っているものであり、看護職員の代わりに実施しているという位置づけになります。
- (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. 事業所におけるサービス提供方針

- (1) 指定(介護予防)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(介護予防)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。

7. 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、当該サービス提供の完結した日から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。
- (4) 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(3ヶ月に1回以上)に提供とさせていただきます**、全身状態の観察、及び身体評価及び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出来るよう支援いたします。

8. サービス利用料及び利用者負担

- (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、毎月26日にご指定の金融機関の口座から引落となります。(金融機関が休日の場合は翌営業日) 但し、契約時の初月分利用料金は、原則として翌月26日までに担当者へ現金にて支払い下さい。尚、金融機関への振込希望の場合は、利用月の翌月26日(金融機関が休日の場合は、翌営業日)までに指定の金融機関へお振込み下さい。(振込手数料は利用者負担となります。)

9. 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：オレンジハートリハビリ訪問看護ステーション 連絡先：06-6439-7451

キャンセル料については、訪問日の前営業日の午後17時30分(営業終了時間)までに連絡があった場合及び急病等の止むを得ない理由の場合には、キャンセル料は徴収いたしません。

尚、それ以外の理由によりキャンセルが発生した場合には、キャンセル料を徴収することとし、サービス利用時の利用者負担額の20%を上限とするものとします。

10. 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。

11. 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	06-6439-7451	FAX番号	06-6439-7452
住所	〒660-0884 兵庫県尼崎市神田中通4丁目88番地4 盛口ビル2階		
苦情受付担当者	管理者 太田 雅志		
苦情解決責任者	代表取締役 岩井 良城		
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、苦情受付担当者、苦情解決責任者に引き継ぎます。		

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。

兵庫県	住所	Tel・FAX	受付時間
尼崎市介護保険事業担当	〒660-8501 尼崎市東七松町1丁目23番 1号 本庁北館3階	(Tel)06-6489-6322 (FAX)06-6489-7505	9時～17時30分 但し (土・日・祝日及び、 12/29～1/3は除く)
兵庫県国民健康保険 団体連合会	〒650-0021 神戸市中央区 三宮町1丁目9番1-1801号	(Tel)078-332-5617 (FAX)078-332-5650	8時45分～17時15分 但し (土・日・祝日及び 12/29～1/3を除く)

12. 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。

【説明確認欄】

私は以上のとおり重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

【利用者】

【代理人(代理人を選任した場合)】

住所: _____

住所: _____

氏名: _____

氏名: _____

【説明確認欄】

以上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>

【事業者】

所在地: 兵庫県尼崎市神田北通 4-58 エコービル 201 号

事業所名: 株式会社オレンジハート

代表者: 岩井良城

【事業所名】

所在地: 兵庫県尼崎市神田中通 4 丁目 88 番地 4 盛口ビル 2 階

事業所名: オレンジハートリハビリ訪問看護ステーション

管理者: 太田 雅志

説明者: _____