

訪問看護重リハビリステーションあすなろの樹

重要事項説明書

1. 事業者の概要

名 称	医療法人CLSすがはら
所在地	福岡県大牟田市小川町30番地 1
代表者名	菅原謙三
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55-1212 FAX0944-55-1102

2. 事業所の概要

名 称	訪問看護リハビリステーションあすなろの樹
所在地	福岡県大牟田市小川町 30 番地 1
介護保険事業者番号	4064490206
医療保険コード	404490206
電話番号及びFAX番号	TEL0944-55-1215 FAX0944-55-5030
管理者名	宮脇暁枝

3. 営業日および営業時間

営業日	月曜～土曜日 (12月31日～1月3日を除く)
提供時間	午前8時30分～午後5時30分まで

4. サービスの内容

ご利用者が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、ご利用者の居宅において、必要な訪問看護を行うことにより、利用者の心身の機能の維持回復を図る。

- ① 病状及び障害の観察 ②清潔の保持 ③療養生活及び介護方法の指導 ④サービス提供を行うその他の関連職種に対する情報提供 ⑤その他医師の指示による医療措置

5. サービスの実施

- ・大牟田市および荒尾市

6. 職員体制

看護師	看護師3名以上
看護師等	理学療法士等1名以上

7. 緊急時の対応

利用者の主治医または事業者の協力機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

協力医療機関	医療機関名称	菅原病院
	院長名	菅原謙三
	所在地	福岡県大牟田市小川町30番地 1
	電話番号	TEL0944-55 - 1212
	診療科	内科、呼吸器科、胃腸科、循環器科、放射科、放射線科、漢方内科 リハビリテーション科、神経内科、整形外科、認知症外来

8. 利用者負担金

*利用料金（別紙①）における利用者負担金は、下記の3種類に分かれます。

- ① 保険請求の関わる利用者負担金（介護保険 1 ～ 3 割 医療保険1～3割）
- ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」
- ③ 保険適応外の場合は自費となります。

9. サービスの実施区域以外の実費交通費

- ① 実施区域以外から片道10 k m未満 無料
- ② 実施区域以外から片道10 k m以上20 k m以下 往復300円
- ③ 実施区域以外から片道20 k m以上 往復500円

10. キャンセル料

- ① 利用日の前営業日まで連絡いただいた場合 無料
- ② 午前利用の方で午前9時まで連絡いただいた場合 利用料金の50%
- ③ 午後利用の方で午前12時まで連絡いただいた場合 利用料金の50%
- ④ 利用日当日連絡がない場合 利用料金の100%

*急な体調不良等による時はこの場合とは限りません。

11. 虐待・ハラスメント防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する担当者を選定しています。
虐待防止に関する窓口：宮脇暁枝
虐待予防に関する責任者：菅原謙三
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- ⑤ 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。
- ⑥ 事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であつて業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じるものとする。

12. 身体拘束等の原則禁止

- ① ステーションは、サービス提供にあたっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わない。
- ② ステーションは、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身

の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記載することとする。

13. 利用者からの苦情対応

本事業所では利用者からの苦情に適切に対応する当者を下記により設置し苦情解決に努めます。

医療法人 CLS すがはら苦情窓口	宮脇暁枝	電話：0944－55－1215
医療法人 CLS すがはら苦情解決責任者	菅原謙三	電話：0944－55－1215
大牟田市福祉支援室福祉課	所在地：大牟田市有明町 2－3	電話：0944－41－2668
荒尾市役所健康生活課介護保険	所在地：荒尾市宮内出目 390 番地	電話：0968-63-1418
福岡県国民健康保険団体連合会	所在地：福岡市博多区吉塚本町 13－47	電話：092－642－7800
熊本県国民健康保険団体連合会	所在地：熊本県健軍 1 丁目 1 8 番地 7 号	電話：096－214－1101

14. 衛生管理等

- ① 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定介護予防訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
 - (ア) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会をおおむね 6 月に 1 回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
 - (イ) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
 - (ウ) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

15. お支払い方法

サービス実施の翌月 10 日以降から月末までに利用料金をお支払い下さい。
お支払い方法は、窓口現金支払い、金融機関からの振り込みができます。

16. 業務継続計画

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする

17. 死後の処置について

永眠時に訪問看護を行い、エンゼルケアを希望された場合には別紙、私費利用料金表
永眠時のケアの料金を別途ご請求させていただきます。

重要事項説明書及び個人情報使用同意書

私（利用者およびその代理人）は、サービスの利用に際して重要事項説明書の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。さらに私の（利用者およびその代理人）個人情報については次に記載するところにより必要最低限の範囲で使用することに同意します。

1. 利用目的

- ☐当法人（内）での医療・介護・福祉サービスの提供
- ☐他の病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者等との連携
- ☐他医療・介護・福祉施設等からの照会への回答
- ☐患者様・利用者様に対する当法人が提供するサービスに関して外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ☐検査業務の委託その他の業務委託
- ☐ご家族等への説明
- ☐その他、患者様・利用者様への当法人が提供するサービスに関わる情報連携

◎審査支払期間への請求に関わる事務

- ☐当法人での医療・介護・福祉・労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
- ☐審査支払機関へのレセプト等の提出
- ☐審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ☐公費負担医療・介護・福祉に関する行政機関等へのレセプト等の提出、照会への回答
- ☐その他、医療・介護・福祉・労災保険、および公費負担医療に関する請求のための利用

◎当法人の管理運営業務

- ☐会計・経理
- ☐当法人が提供するサービスの範囲内における事故等の報告
- ☐当該患者様・利用者様のサービスの向上に関わる報告
- ☐その他、当法人の管理運営業務に関する利用

◎当法人内において行われる教育実習への協力

◎当法人が提供するサービスの質の向上を目的とした事例研究

◎外部監査機関への情報提供

なおあらかじめ利用者の同意を得ないで、利用目的の必要な範囲を超えて個人情報を扱うことはいたしません。また個人情報について利用者様より開示を求められた場合には、遅延なく内容を確認し当法人の指針に従って開示いたします。

2. 使用する期間

サービス提供に関わる契約期間に準ずる

3. 条件

個人情報の提供は、必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外のものに漏れることのないよう最新の注意を払う

令和 年 月 日

(事業者)	住 所	大牟田市小川町30番地1	
	事業者(法人)名	医療法人 CLS すがはら	
		理事長 菅原謙三	
	事業所 管理者	訪問看護リハビリステーションあすなろの樹 宮脇暁枝 印	

説明者	職名	_____
	氏名	_____ 印

(利用者)	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	電話番号	_____

(署名代行者)	住 所	_____
	氏 名	_____ 印
	電話番号	_____
	理 由	_____

(親族代表者、又は代理人もしくは身元引受人)

住 所	_____
氏 名	_____ 印
続 柄	_____
連絡先	_____