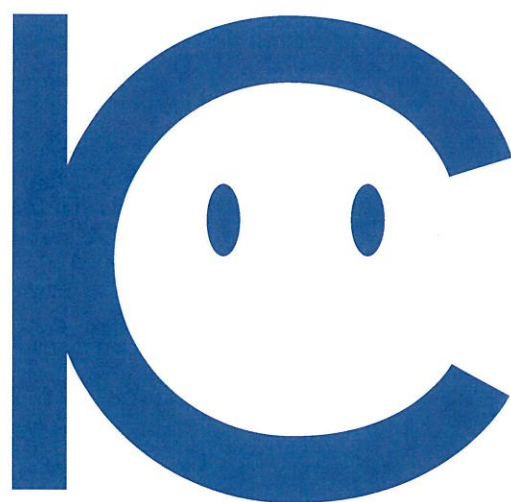


# 重要事項説明書



株式会社共働ケア  
光訪問看護ステーション

株式会社 共働ケア  
光訪問看護ステーション

大阪府八尾市本町 2-8-3

TEL 072-943-0671

FAX 072-943-0673



## 光訪問看護ステーション重要事項説明書

### 1 訪問看護事業者（法人）の概要

法 人 名	株式会社 共働ケア
代 表 者 名	代表取締役 大日方 輝皇
所在地・連絡先	大阪府八尾市本町2-8-3 (電話) 072-943-0671

### 2 事業所の概要

#### (1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	光訪問看護ステーション
所在地・連絡先	大阪府八尾市本町2-8-3 (電話) 072-943-0671
事 業 所 番 号	2765590191 (医療機関コード: 5590191)
管理者の氏名	大日方 輝皇
通常の事業実施地域	八尾市、柏原市、藤井寺市、東大阪市、松原市、大阪市平野区

#### (2) 事業所の目的及び方針

事業所の目的	1. 利用者が安心して在宅療養できるように支援する。 2. 在宅でのリハビリを提供し自立を促す。 3. 在宅療養の生活援助を行い、QOL（生活の質）を向上させる。
事業所の運営方針	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その療養生活を支援し心身の機能・回復をめざす。

#### (3) 事業所の営業日

営 業 日	月曜日 ～ 土曜日 (12月30日～1月3日までを除く)
サービス提供時間	午前9時 ～ 午後5時

#### (4) 事業所の職員体制

従業者の職種		人数	区分	
			常勤	非常勤
管 理 者		1名（兼務）	1名（兼務）	
従 事 者	看 護 師	3名	3名	2名
	理学療法士	3名	3名	

### 3 サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護ステーションの看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。また、必要に応じて理学療法士や作業療法士が訪問し、リハビリ治療を行います。

### 4 利用料金

#### (1) 費用

該当保険の自己割合負担分となります。

##### ① 基本療養費 5,550円×訪問回数

管理療養費 7,400円（月1回） + 3000円

※ 利用回数の例

1回利用 5,550円 + 7,400円 = 12,950円

2回利用 5,550円×2回 + 7,400円 + 3000円 × 1回 = 21,480円

3回利用 5,550円×3回 + 7,400円 + 3000円 × 2回 = 30,010円

12回利用 5,550円×12回 + 7,400円 + 3000円 × 11回 = 106,780円

##### ② 衛生材料費等は実費をご負担願います。

##### ③ その他の加算金額

- ・ 訪問看護情報提供療養費（利用者の同意を得て、利用者の居住を管轄する市町村等に対して必要な情報を提供した場合）、1ヶ月につき1,500円加算されます。

## (2) 利用料等のお支払方法

利用料、その他費用の請求	毎月、10日までに前月の請求をいたします。
利用料、その他のお支払い方法	① 金融機関による自動払い込み 指定の預金・貯金口座から、毎月27日に引き落としいたします。 ② 現金支払い サービス提供時にお支払い願います。

※入金確認後、領収証を発行します。

## 5 高齢者虐待防止について

当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) 研修等を通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

## 6 秘密保持と個人情報の保護について

- (1) 事業者及び事業者の使用する者はサービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- (2) 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当会議等において、利用者の個人情報を用いませぬ。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

## 7 事故発生時の対応について

当事業所が利用者に対して行う提供により、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、当事業所が利用者に対して行った提供により、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

## 8 サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

担当者 大日方 輝皇	電話番号 072-943-0671
職名 管理者	受付時間 午前9時から午後5時

## 9 理学療法士等の訪問について

- (1) 当事業所からの理学療法士等による訪問看護は、その訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりに訪問させるという位置づけのものです。
- (2) 理学療法士等が訪問看護を提供している場合は、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、訪問看護計画書及び訪問看護報告書について、看護職員と理学療法士等が連携し作成します。
- (3) 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行うとともに、理学療法士等による訪問看護はその訪問が看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心としたものである場合に、看護職員の代わりにさせる訪問です。

## 10 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

主治医	医療機関名	
	住 所	
	氏 名	
	電 話 番 号	
緊急時 連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	
	住 所	
	電 話 番 号	
自宅電話番号		

令和 年 月 日

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

事業者乙 住 所 八尾市本町2-8-3  
事 業 者 株式会社 共働ケア  
事業所名 光訪問看護ステーション  
代表者名 大日方 輝皇 印  
説明者 職 名 代表取締役  
氏 名 大日方 輝皇 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

利用者甲 住所  
氏名 印

代理人（代理人を選任した場合）

住所  
氏名 印

