

重要事項説明書

(訪問看護)

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	ひとひら株式会社
主たる事務所の所在地	〒183-0045 東京都府中市美好町3丁目4番地-2 フラッツ分倍河原 302号室
代表者（職名・氏名）	代表取締役 吉田 雄樹
設立年月日	2025年10月2日
電話番号	090-2420-3265

2. 事業所の概要

事業所名	ゆるり訪問看護リハビリステーション調布	
所在地	〒182-0022 東京都調布市国領町4-9-7 小町フラワービル501	
電話番号	042-444-3204	
指定年月日・事業所番号	2025年12月1日指定	
管理者名	川上 花奈	
サービス提供地域	調布市、三鷹市、武蔵野市、稲城市、小金井市、狛江市、世田谷区、川崎市多摩区	

3. 事業所の職員体制

	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。	1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。	2名（常勤） 0名（非常勤）
作業療法士		1名（常勤） 0名（非常勤）
言語聴覚士		1名（常勤） 0名（非常勤）
事務職員		1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～土曜日まで ただし、祝日（振替休日を含む）及び 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

※サービス提供は365日対応しております。

※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）
※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) 福祉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 ⇒ 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、少なくとも3か月に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。

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、医療保険制度および介護保険の法定利用料に基づく金額になります。
- (3) 医療保険対象外の実費は、全額自己負担となります
- (4) 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）
- (5) 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

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：ゆるり訪問看護リハビリステーション調布 連絡先：042-444-3204

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利用者側の都合で無断に行われ、訪問開始 1 時間前までに連絡を頂けなかった場合、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：2,000 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. 相談窓口、苦情対応

(1) 医療保険介護保険共通

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	042-444-3204	F A X 番号	042-444-3205
担当者	管理者 川上 花奈		
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。		

(2) 介護保険に関する問い合わせ先

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	調布市介護課 高齢者支援室	電話番号：042-481-7321
	東京都国民健康保険団体連合会	電話番号：03-6238-0177

13. 業務継続計画（BCP）の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護の提供を継続的に

実施するため、及び非常時の体制から早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該の業務継続計画に従って必要な措置を講じます。

- (2) 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実施します。
- (3) 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います。

14. 衛生管理等

- (1) 従業者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) 事業者の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業者において感染症が発生、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- (4) 事業者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概ね6か月に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ます。
- (5) 事業者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ます。
- (6) 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実施します。

15. 虐待・身体拘束の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待及び身体拘束等を防止するために、次に掲げる措置を講じます。

- (1) 虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。
- (2) 虐待防止・身体拘束等の適正化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・身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的研修を実施する等の必要な措置を講じます。
- (5) 事業者はご利用者が成年後見制度を利用できるよう支援を行います。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等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。
- (7) 事業者は、利用者の生命又は身体を保護するために緊急を要する場合、及びやむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- (8) やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに身体的拘束等を必要とする理由を記録致します。

16. 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。

<事業主> (事業者)

住 所 東京都府中市美好町3丁目4番地-2
フラッツ分倍河原 302号室

事業者名 ひとひら株式会社

代表者 代表取締役 吉田 雄樹 (印)

(事業所名)

住 所 東京都調布市国領町4-9-7小町フラワービル501

事業所名 ゆるり訪問看護リハビリステーション調布

管理者名 川上 花奈

説明者 氏 名