

訪問看護重要事項説明書

1. 事業者

名称	有限会社 ケイ
所在地	宮城県柴田郡大河原町字西桜町 2 2 番地 3
電話番号	0 2 2 4 - 5 3 - 3 0 4 0
代表者名	轡 義治 轡 ふぢ子
設立年月日	平成 1 0 年 1 2 月 1 日

2. 事業者の概要

事業所の名称	南桜訪問看護ステーション
所在地	宮城県柴田郡大河原町字南桜町 4 番地 1 4
事業所の種類	指定訪問看護・指定予防訪問看護
事業所の番号	宮城県 第 0 6 2 2 9 0 0 3 2 3 号
電話番号	0 2 2 4 - 5 1 - 5 0 5 6
F A X 番号	0 2 2 4 - 5 1 - 5 0 5 8
サービス提供地域	柴田町・大河原町・村田町・蔵王町・白石市
設立年月日	平成 1 5 年 9 月 1 日

※ 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

3. サービス提供時間

平日	月曜日 ～ 金曜日
時間	8 : 30 ～ 17 : 30
休業日	土～日曜日

※ 必要に応じた計画的訪問。2 4 時間体制の緊急訪問を行っております。

4. 職員体制

職名	資格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	看護師	1 名		1 名	従業者及び業務の管理
看護職員	看護師	名	名	名	訪問看護
	准看護師	名	名	名	訪問看護
リハビリ職員	作業療法士	名			訪問リハビリ
計				名	

5. 当事業所の訪問看護・介護予防訪問看護の特徴

(1) 事業の目的

在宅療養を希望する方の訪問看護・介護予防訪問看護

(2) 経営方針

お客様の要介護状態の軽減、若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防を目的に、療養上の目的を設定し、医学の進歩に対応し、適切な看護技術をもって、計画的に訪問看護を行ないます。又、自らその提供する指定訪問看護及び指定予防訪問看護の質の評価を行い、常にサービスの改善を図ります。

6. サービス内容

(1) 健康相談

健康のチェックと助言（血圧・体温・呼吸・脈拍） 特別な病状の観察と助言、心の健康チェックと助言

(2) 日常生活の看護

清潔のケア、食生活のケア、排泄のケア、療養環境の整備、寝たきり防止の為のコミュニケーション援助

(3) 在宅リハビリテーションの看護

体位交換、関節などの運動や動かし方の指導、日常生活動作の訓練（食事・排泄・移動・入浴・歩行など）

福祉用具（ベット・ポータブルトイレ・車椅子など）の利用相談

(4) 精神的・心理的な看護

不安な精神・心理状態ケア、生活リズムの調整、社会生活の復帰援助、事故防止のケア、服薬のケア、リラックスのためのケア

(5) 認知症の看護

認知症への対応方法指導や相談、生活リズムの調整、レクリエーションの援助、事故防止のケア

(6) 検査・治療促進のための看護

病気への看護と療養生活の相談、床ずれ・その他創部の処置、医療機器や器具使用者のケア、服薬指導・管理、その他医師指示による処置・検査

(7) 終末期の看護

終末期の症状緩和のためのケア、家族の不安や疲労へのケア

7. 利用料金

(1) 別添えの利用料金表の通り請求させていただきます。

(2) 保険給付対象の自己負担金額は介護保険証、健康保険証記載の一部負担金割合（1割・2割・3割）に基づき計算させていただきます。

(3) 支払い方法

毎月 10 日前後までに前月分の請求をいたします。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払い方法は郵便払込み、現金集金、口座自動引落としの 3 通りの中から選べます。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

お電話またはご来所によりお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

(2) サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する日の 7 日前までにお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむをえない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了の 30 日前までに文書で通知いたします。

③ 自動終了 以下の場合は双方の通知がなくとも、自動的にサービスの提供を終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所された場合
- ・ 介護保険給付サービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)と認定された場合。
- ・ お客様が亡くなられた場合

④ その他

当事業所が適正な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様、ご家族様などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、又は当事業所が破産した場合、お客様には文書で解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。

お客様が、サービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにも関わらず、14日以内に支払いが無い場合、又はお客様やご家族様などが当事業所や当事業所の従事者に対して、本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合には、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

9. サービス内容に関する苦情

当事業所の提供したサービスに対し、不満や苦情がある場合は、どんな些細なことでも構いませんので、次の窓口までお申し付けください。

(1) お客様相談・苦情窓口

担当者 佐藤 恵美
電 話 0224-51-5056
受付時間 午前8:30～午後5:30

(2) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

10. 緊急時の対処方法

サービス提供中に状態の変化などがあった場合は、必要に応じ臨時応急手当を行い、主治医の指示を受けて、速やかに必要な対応をします。又、ご家族様等への連絡をします。

主治医	氏 名	斎藤 雄一
	連 絡 先	南桜ホームケアクリニック TEL 0224-51-0721 FAX 0224-51-0722
事業所	氏 名	南桜訪問看護ステーション
	連 絡 先	080-1828-9193
ご家族	氏 名	ご関係
	連 絡 先	電話番号
災害発生時等 上記以外の緊急連絡 先	氏 名	ご関係
	連 絡 先	電話番号

11.事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族に連絡すると共に必要な措置を講じます。また、事業所のサービスによりお客様に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償保険の申請手続きをいたします。なお、当事業所は東京海上火災保険会社と損害賠償保険契約を結んでおります。

12.非常災害時の対応

地震・風雪水害等の自然災害発生、または警報等が発令された場合にはサービスの提供を中止する場合があります。その場合は通信が可能であれば事業者から連絡します。

また、当事業所での対応が困難な場合においては他の事業所からの緊急応援をお願いすることもあります。

13.感染症対策の強化

事業者は感染症の予防及び蔓延防止の為に研修及び訓練を定期的実施します。

ご利用者・同居家族の方の発熱・体調不良が認められた場合はご連絡いただきますようお願いいたします。感染対策を講じ訪問いたします。

14.高齢者虐待防止に関する事項

事業者はご利用者への差別の禁止・人権擁護・虐待防止の為、虐待防止に関する責任者の設置・苦情解決対策等の必要な体制整備を行うと共に、スタッフに対する虐待防止を啓発・普及する為の研修を実施する等の措置を講じます。

15.ハラスメント対策について

サービス利用契約中にご利用者・ご家族が暴力・ハラスメント行為を行った場合にはサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は契約を解除する場合があります。

(叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す等)

16.利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実績

- ・アンケート調査、意見箱等利用者の意見等を把握する仕組み：あり
- ・宮城県福祉サービス第三者評価の実施：なし
- ・結果の公表：なし
- ・その他機関による第三者評価の実施：なし
- ・結果の公表：なし

17.守秘義務

看護職員は業務上知りえた患者様又はその家族の秘密を保持いたします。又、この守秘義務においては看護職員退職後及び、サービス提供契約終了後も同様に守秘いたします。

緊急時・医療機関との連絡に必要な事項についてはこの限りとならない場合がありますのでご了承ください。

年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対し本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 柴田郡大河原町字南桜町 4－1 4

名 称 南桜訪問看護ステーション

説明者氏名 _____ 印

私は、契約書および本書面により、事業所から訪問看護についての重要事項の説明を受けました。

(利用者) 氏 名 _____ 印

住 所 _____

(代理人) 氏 名 _____ 印

住 所 _____

個人情報の保護について

利用者様の個人情報を以下にあげる目的に使用します。

その取扱いについては、細心の注意を払い、職員一同個人情報の保護に努めます。

個人情報の利用目的

医療提供

- ・ 医療サービスの提供、病院、薬局、介護サービス事業者等との連携
- ・ 利用者様の診療の為、外部医師等の意見、助言を求める場合
- ・ 検体検査業務の委託、その他の業務委託
- ・ ご家族様等への病状説明
- ・ その他利用者様への医療提供に関する利用

診療報酬請求のための事務

- ・ 医療、介護、労災保険、公費負担医療に関する事務及びその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプト提出
- ・ 審査支払機関又は保険会社からの照会への回答
- ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプト提出、照会への回答

管理運営業務

- ・ 会計、経理、医療事故等の報告・該当利用者様の医療サービスの向上

電子メールでの個人情報の取り扱いについて

当事業所では、利用者様に関わる各種機関の連携の為、以下の目的に電子メールを活用しております。個人情報の保護に関して、セキュリティ上不安定な手段ではありますが、これによる連絡業務の利便性、効率性は運営上必要不可欠なものとなっております。

また、利用者取り違い等の事故防止のため、氏名や地区、病名などの情報についても、暗号化せず電子メールを送ることがあります。

付記 以上の個人情報の保護について・で電子メール情報の取り扱いについての説明について、同意しがたい項目のある場合は、その旨、苦情・相談窓口までご遠慮なくお申し出ください。お申し出のないものについては同意していただいたものとして取り扱わせていただきます。

これらのお申し出は後からいつでも撤回、変更等することが可能です。

苦情・相談窓口 責任者 佐藤 恵美

電話 0224-51-5056

個人情報の取り扱いについて説明を受け、その内容に同意します。

年 月 日

利用者氏名

代理人氏名

印