

訪問看護重要事項説明書

(2024年4月1日改定)

1. 当事業所の運営方針

利用者のお身体の状況を踏まえ、療養生活を支援し心身の機能の維持回復を図るため、訪問看護サービスを提供し可能な限りご家庭で生活できるように支援します。また、他の保健・医療、福祉のサービスの提供者と十分な連携を行っています。

2. 「訪問看護ステーションふれあい田町」の概要

(1) 事業所の概要、サービス提供地域

事業者	医療法人公生会
事業所	訪問看護ステーションふれあい田町
所在地	長野市田町 2099 番地
電話番号	026-237-4021
介護保険事業者番号	2060190010
通常の事業実施地域	長野市第 1・2・3・4・5 地区 芹田 古牧 大豆島 古里 柳原 朝陽 長沼 三輪 吉田 浅川 若槻 安茂里 更北 川中島

※ 上記地域以外の方でも希望の方はご相談ください

(2) 同事業所の職員体制

職務	資格	員数
管理者	看護師	1 名
訪問看護師	看護師	2.5 名以上
	理学療法士・作業療法士・言語聴覚士	必要数

(3) 営業日・営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
休日	土、日曜日、祝日、 8/14～16、12/29～1/3

(4) その他事項

事項	有無	備考
担当者の変更	あり	変更させていただく場合があります。
職員の研修の実施	あり	年1回以上行います
情報の開示	あり	サービス提供記録閲覧の申請が可能です。
第三者評価の実施状況	なし	
虐待防止のための措置	あり	担当者:管理者

3 サービス内容

(1) 看護業務

- | | |
|------------------|--------------------|
| ① 病状観察 | ⑥ カテーテルなどの医療機器の管理 |
| ② 清潔援助(清拭・入浴等) | ⑦ 人工肛門・人工膀胱の管理 |
| ③ 排泄援助 | ⑧ 医師の指示による医療サービス 等 |
| ④ 床ずれ予防・処置 | ⑨ 介護方法のアドバイス |
| ⑤ 栄養指導 服薬指導 生活指導 | ⑩ リハビリテーション |
| | ⑪ 社会復帰支援 |

(2) 看護師の代わりによる理学療法士、作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーション機能訓練、生活訓練、摂食嚥下言語訓練・機器の紹介、介護用品の紹介

(3) 介護保険等による相談

4 利用料金 別紙参照

5 利用料支払方法

- (1) 利用料については1カ月ごとにまとめて月末に締め、請求します。
- (2) 利用料の支払いについては、口座引き落としになります。当月の合計額の請求書に明細を付して翌月月初めに請求書を送付します。利用月の翌月25日に指定した口座より引落しを致します。お支払い確認後領収書を発行いたします。
- (3) 口座引き落としでの支払いができない場合は現金でのお支払いとなります。サービスを利用した翌月のお支払いとなります。

6 その他

- (1) 介護保険証や健康保険証等の更新・変更があった場合はお知らせください。
- (2) 訪問看護を受けるには医師からの指示書が必要です。指示書には期限があるため指示期間終了後にサービスを継続するには再度訪問看護指示書が必要となり、主治医の受診が必要となります。
- (3) 駐車場の準備をお願い致します。駐車場がない場合は有料駐車場を利用させていただき、利用料金をご負担いただきます。
- (4) お客様のお住まいでサービスを提供する為に使用する水道、ガス、電気等の費用はお客様の負担になります。処置に必要な場合は、物品など用意をお願いすることがあります。
- (5) 看護師等について贈り物や飲食等の提供はお断りいたします。
- (6) 意思疎通が困難な利用者に対しては、ご希望により成年後見人制度等を紹介いたします。

7 サービス内容に関する相談・苦情担当

(1) 苦情処理の体制及び手順

- ① サービスに係るご本人及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付ける窓口を設置し、相談及び苦情に対して迅速に対応いたします。
- ② 相談及び苦情の申し出により不利益な扱いを受けた場合は、事業所責任者及び法人苦情受付担当まで申し出ください。

(2) 苦情受付窓口

- ① 当事業所お客様相談・苦情受付担当

訪問看護ステーションふれあい田町 管理者 中野順子

相談窓口…TEL237-4021

- ② 法人の苦情受付担当
- ③ 自治体等に相談窓口

当事業所以外に、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。

長野市介護保険課 TEL 224-7891

長野県国保連合会 TEL 238-1580

4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊
家族、居宅介護支援事業者等へ連絡します。以下にご記入ください。

主治医	病院・クリニック名	病院 クリニック	主治医名	
			連絡先	
ご家族	氏名		続柄	
	連絡先		緊急連絡先	
	氏名		続柄	
	連絡先		緊急連絡先	

令和 年 月 日

説明者 サービスの提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基ついで重要事項を説明しました。

<事業者名> 訪問看護ステーションふれあい田町

<代表者氏名> 竹重 王仁

<説明者> 中野 順子

利用者 私は本書面によりサービスの提供開始にあたり重要事項の説明を受けました。

<氏名> _____

代理人 私は、本人に代わりサービス提供開始にあたり重要事項の説明を受け、上記の署名を行いました。

<氏名> _____ 続柄(_____)

緊急時訪問看護の同意について

事業所は24時間体制を取っており、計画的な訪問以外に緊急の訪問が必要になった場合訪問看護を提供することができます。緊急時訪問看護は利用者の同意により可能となり、同意がない場合は訪問看護は提供できません。同意が得られた場合1カ月につき定められた料金が加算されます。(原則、厚生労働大臣が定める負担金額が自己負担となります。また、緊急訪問看護を利用した場合、提供時間に応じ料金が必要になります。(別紙料金表参照)

令和 年 月 日

緊急訪問看護加算について同意します。

緊急時訪問看護加算について同意しません。

利用者 <氏名> _____

代理人 <氏名> _____ 続柄() _____