

すみれ訪問看護ステーション
＜重要事項説明書＞

公益財団法人会田病院
すみれ訪問看護ステーション

＜ 訪問看護重要事項説明書 ＞

2024年6月1日現在

この訪問看護重要事項説明書は、訪問看護サービスを受けられるに際し、ご本人やそのご家族に対し、すみれ訪問看護ステーションの事業運営規程の概要や訪問看護従事者等の勤務体制等、利用者様のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記したものです。

1 すみれ訪問看護ステーションの目的

すみれ訪問看護ステーションは、要介護状態又は要支援状態にある高齢者及び常時介護が必要な利用者様に対し、適正な指定訪問看護を提供することを目的とします。

2 すみれ訪問看護ステーション運営の方針

- ①ステーションの看護師等は、利用者様の心身の状況を踏まえて、療養生活を支援し、心身の維持回復を目指し、在宅療養が継続できるよう援助を行います。
- ②訪問看護の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3 訪問看護ステーションの名称・所在地等

- ① 法人名 公益財団法人 会田病院
- ② 名称 すみれ訪問看護ステーション
- ③ 所在地 福島県西白河郡矢吹町本町 198 番地
- ④ 電話番号 0248-44-2566
- ⑤ 介護保険指定業者番号 第 0762890010
- ⑥ 医療保険ステーションコード 2890010

4 すみれ訪問看護ステーションの職員体制

- ① 管理者 常勤看護師 1名
- ② 看護職 常勤、非常勤看護師 2.5名以上
- ③ 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 2.5名以上（会田病院兼務）
- ④ 事務職 常勤事務 1名（会田病院兼務）

5 管理者は、従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。また、訪問看護のご利用申し込みにかかわる調整、訪問看護実施状況の把握、その他の管理、看護師等に対する技術指導も行います。

看護師は、訪問看護計画書を作成し、訪問看護の提供を行います。
理学療法士等は、理学療法などのリハビリテーションを行います。
事務職は、ステーションの運営上、必要な事務処理を行います。

6 法令の遵守

すみれ訪問看護ステーションは、介護保険法、老人保健法、健康保険法及び関連の法規を守り訪問看護を提供いたします。

7 訪問看護サービスの内容

- ① 病状・障害の観察
- ② 清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③ 食事・排泄などの日常生活の援助
- ④ 褥瘡の予防・処置
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ ターミナルケア
- ⑦ 認知症患者の看護
- ⑧ 療養生活や介護方法の指導・助言
- ⑨ カテーテル等の管理
- ⑩ その他医師の指示による医療処置

8 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日	土曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時	午前 8 時 30 分～午後 12 時 30 分
休日	日曜日、祝祭日、年末年始（12 月 31 日～1 月 3 日）	

電話などにより、24時間常時連絡が可能な体制を取り、必要時は訪問いたします。

9 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域は、矢吹町、泉崎村、中島村、白河市（旧市内・大信）、鏡石町、天栄村（大里・松本付近）の区域とします。

*その他の地域はご相談に応じます。

10 緊急時等における対応方法

看護師等は訪問看護を実施中に、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医、家族に連絡するとともに、管理者に報告し対処いたします。24時間の緊急訪問看護連絡体制を整え、ご希望の方にはいつでも対応いたします。

11 事故発生時の対応・賠償責任

すみれ訪問看護ステーションは、訪問看護の提供により、事故が発生した場合は、速やかに利用者家族、主治医、介護支援専門員、市町村等に連絡をするとともに、必要な措置を講じ、すみれ訪問看護ステーションが、賠償すべき責が生じた場合は、損害賠償を行うものといたします。

12 非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報など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。その場合は事業者から連絡致します。

13 業務継続計画の策定等について

- 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居宅介護支援の提供を継続的に実施する為、及び非常時の体制で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ない必要に応じて業務継続計画の変更を行ないます。

14 感染症対策の強化について

事業者は、当法人の感染対策委員会、感染対策リスク部会に属し、1回/月の委員会、会議が開催された結果について周知し、感染症の予防及びまん延防止のために指針を整備し、研修及び、訓練を定期的実施します。

15 ハラスメント対策について

職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。利用者やその家族が職員に対して行なう、暴力や暴言、誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメント等の行為を禁止し、改善が見られない場合は契約を中止する場合があります。

16 身体拘束・虐待の防止について

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 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 介護相談員を受入れます。
- ⑥ 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。

17 記録及び記録の開示

看護提供に関する記録を整え、利用終了後も5年間保管いたします。また、利用者様の求めが合った場合はその記録を事業所内で利用者様にお見せいたします。

18 秘密の保持

訪問看護師は、訪問看護利用中、利用後においても利用者又はその家族の秘密を守ります。

19 情報の提示

指定訪問看護を提供するに当たり、主治医、介護支援専門員、行政、他のサービス事業者に連携が必要な場合、利用者の情報を提示する事に同意致します。

20 第三者評価

2011年度まで情報公表制度による訪問調査を受けており、2012年度からは情報公表制度の書類調査を受けて公表しています。

21 ご要望・ご相談窓口

サービスについてのご相談やご不満、ご意見のある場合は下記へご連絡下さい。

すみれ訪問看護ステーション 受付窓口 橋本 佳代子
解決責任者 野崎 恵子

受付時間 (月～金) 8 : 30～17 : 00
(土) 8 : 30～12 : 30

電 話 0 2 4 8 - 4 4 - 2 5 6 6

22 サービスの利用方法

① サービスの利用開始

お電話等でお申し込みください。訪問看護師がお伺いし、ご説明いたします。
居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

② 訪問看護計画書を作成し、訪問看護の提供を開始します。

③ 訪問看護の終了

訪問看護の利用について、入院、施設への入所、お亡くなりになった場合は自動的に終了いたします。

その他終了希望時は、終了の1週間前にお申し出下さい。

23 キャンセルに関して

利用者がサービスの利用を中止する際には、下記の連絡先までご連絡ください。

すみれ訪問看護ステーション 電話 0248-44-2566

サービス実施日の前日までにご連絡のないキャンセルは、キャンセル料を申し受けることとなります。

ただし、容態の急変など、緊急やむをえない場合は、キャンセル料は不要です。

24 利用料その他の費用の額

指定訪問看護を利用した場合の基本利用料の額は、老人保健法に定める額、健康保険法に定める額とし、その他の利用料については別に定めます。(別表参照)

前項の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明した上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名押印)を受けるものと致します。

25 医療費控除

訪問看護サービスの提供を受けた場合、利用料について確定申告の医療費控除の対象となります。

別表

< 利用料金 >

医療保険 (基本利用料)	後期高齢者保険	利用料の1割～3割
	前期高齢者保険	利用料の1割～3割
	健康保険	利用料の3割
	労災もご利用になれます	
	その他、24時間対応体制加算・特別管理加算・退院時共同指導加算・管理療養費加算・ターミナル加算があります。	

< 各保険外の利用料 >

① 交通費

事業所からの片道分の距離 1 Kmにつき 55円 (税込)

② 時間外・休日・夜間料金は、1時間に付き 2,200円 (税込)

深夜 (22:00～6:00) 料金は、1時間に付き 3,300円 (税込)

③ 紙オムツなどサービス提供に必要な費用

④ 死後の処置料は、11,000円 (税込)

自費利用 1時間 2,200円 (税込)

年 月 日

訪問看護サービスの提供に当たり、利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

事業者 所在地 福島県西白河郡矢吹町本町 198 番地

名称 すみれ訪問看護ステーション ㊞

説明者 所属 すみれ訪問看護ステーション

氏名 ㊞

私は、本書面により、事業者から訪問看護サービスについての重要事項の説明を受けました。

利用申込者 住所 _____

氏名 _____ ㊞

家族又は代理 住所 _____

氏名 _____ ㊞