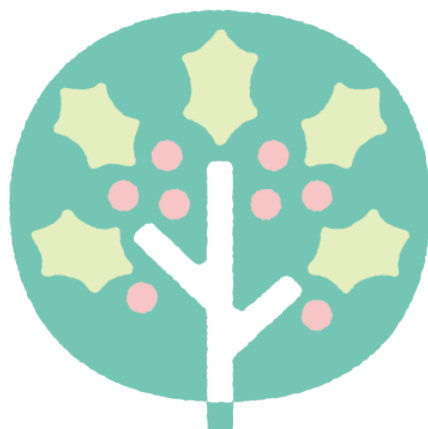


訪問看護 重要事項説明書 (介護保険を除く)

様



訪問看護ステーション

ひいらぎ

株式会社 Amber

訪問看護ステーションひいらぎ

訪問看護 重要事項説明書

(介護保険を除く)

氏名 _____様が利用しようと考えている指定訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1. 訪問看護事業の概要

訪問看護ステーション名：訪問看護ステーションひいらぎ

所在地：札幌市南区澄川3条6丁目3-3 じょうてつドエル真駒内326号室

連絡先：電話番号: 011-876-8904/ FAX: 011-876-8905

Eメール: amber.co.ltd.12.1@gmail.com

運営法人名：株式会社 Amber

運営法人代表者：佐藤佳世子

法人開設年月日：2024年12月6日

事業所開設年月日：2025年3月1日

事業所番号：0160592234

2. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	訪問看護ステーションひいらぎは、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）の提供を確保することを目的とします。
運営方針	(1) 訪問看護事業の実施にあたっては、関係市町村、地域内の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携に努め、適切な運営を図ります。 (2) 利用者の生活に質を維持・向上するために必要な看護サービスを計画的に提供しそのサービスの提供にあたっては、利用者及び家族の意思を尊重します。 (3) 質の高い看護サービスが提供できるよう、職員教育の推進に取り組むとともに、職員一人一人が自己研鑽に努めます。

3. サービス提供地域：札幌市南区、豊平区、清田区、中央区

4. 営業日・営業時間：

- 平日：9:00～17:00
- 休日：土曜・日曜・祝日・年末年始
 - * 休日は上記としておりますが、状況に応じ対応を検討します
 - * 緊急時訪問看護体制等の加算に対するご契約をされている方は 24 時間連絡可能な体制をとっております。

5. 提供する訪問看護サービス

- | | |
|--------------------|------------------|
| 1) 健康状態の悪化防止 | 7) 認知症・精神疾患のケア |
| 2) 日常生活動作の支援 | 8) 人生最終段階のケア |
| 3) 薬の相談・管理 | 9) 介護予防 |
| 4) 医師の指示による医療処置・管理 | 10) リハビリテーション |
| 5) 褥瘡予防・処置 | 11) 介護者への介護支援・相談 |
| 6) 医療機器の管理 | |

- * 主治医との適切な連携をとり、安心・安全・安楽な看護ケアの提供を行います。
- * 厚生労働大臣が定める状態にある利用者への看護（特別管理加算届出施設）

6. サービス提供の手順

- 1) ご本人やご家族の方から直接、もしくは医療機関等からお申し込みいただきます。
- 2) かかりつけの主治医より「訪問看護指示書」を発行してもらい、ご利用者様のお宅に訪問します。
- 3) 利用者及び家族の希望や主治医の指示書の内容に基づき、現状の課題を把握・分析し、「訪問看護計画書」を立案します。
- 4) 初回訪問時、利用者様やご家族から身体状況及び日常生活上のお困りごとについてお伺いします。状況に応じ立案した「訪問看護計画書」の追加修正を行い個別性に応じた内容に修正いたします。
- 5) 「訪問看護計画書」は、利用者様及びご家族に説明の上、その内容に同意を得たものをお渡しし、サービス提供を開始します。
- 6) 訪問看護サービス提供の経過において、病状・状態の変化に応じ、訪問看護計画書の評価・修正を行い、常に最善であるケアを提供できるよう努めます。
- 7) 介護保険が認定された場合、医療保険から介護保険に変更となることがあります。

7. サービス提供に係る費用

- 1) 健康保険及び高齢者医療確保法等の法定利用料金に基づく金額で、別記の「利用料金表」の通りです。

- 2) 利用者様御負担金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し毎月20日までにご請求しますので、翌々月5日までに金融機関口座からの自動引き落としにてお支払いください。(手数料150円は当ステーションで負担いたします)
*引き落とし名は『カ) アンバー』と表記されます。
- 3) 介護保険に変更となる場合は、訪問看護利用料金の変更があります。

8. 利用時間及び利用回数

- 1) 訪問看護時間は、30分以上1時間30分未満を標準とし、2時間を超えないものと致します。
- 2) 訪問看護回数は、週3回が限度とされています。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等及び急性増悪等により特別指示書が交付された場合はその限りではありません。
- 3) 医療保険から介護保険に変更となった場合は、介護保険の基準に準じて提供します。

9. 夜間及び緊急時の対応

当ステーションは営業時間や昼夜を問わず、24時間電話等によるご相談や状況に応じて、サービス計画の予定に組み込まれていない臨時訪問も対応しております。但し、「緊急時訪問看護加算」にご契約していただく必要があります。安心して安全に療養生活を送っていただくためには必要なサービスであるため、原則皆様にご契約いただけることを推奨しております。負担金が発生しますので不要な場合はその限りではありません。

10. 緊急事態及び事故発生時の対応

- 1) 訪問看護実施中に利用者様の病状の急変やその他緊急事態が生じた場合、速やかに主治医・ステーション管理者へ報告し、適切な対処を行います。主治医に連絡が取れない場合でも、速やかに必要な処置を行い、状況に応じて救急搬送の手配をいたします。なお、その講じた措置については、速やかに主治医及びステーション管理者へ報告いたします。
- 2) 緊急時の対処を行うにあたり、ご家族等の連絡先を明確にして頂く必要があります。
- 3) 訪問看護実施中に生じた看護事故等は、必要な処置を講じた後、速やかにステーション管理者へ報告します。ステーション管理者は、市区町村への連絡及び報告を行い、必要な措置を講じます。

11. キャンセルについて

- 1) 予定訪問前日の午後6時までにキャンセルの申し出がない場合、5,000円をキャンセル料として徴収します。ただし、病状の急変による受診や入院については、負担はございません。

12. サービス提供の際の事故やトラブルを避けるための措置

- 1) サービス担当者は、金銭の管理・貸借などの取り扱いは致しません
- 2) サービス担当者は、常時身分証明証を携帯し、利用者やご家族の求めに応じ、いつでも提示いたします。
- 3) サービス担当者は、介護保険制度等により「利用者の心身の状態に応じた適切な看護の提供を行うこと」とされています。また、看護師は医師の指示のもとに「療養上の世話」と「診療の補助」を行うと定められています。
そのため、これ以外の業務（調理や買い物、掃除等の家事全般）はお引き受けできませんのでご了承ください。
- 4) サービス担当者に対する贈り物等は、ご遠慮させていただいております。

13. 虐待防止対策

- 1) 全職員に対する虐待防止、身体拘束防止の教育を行います。
- 2) 虐待等の被害を受けたと思われる利用者を発見した場合、高齢者虐待防止の規定に基づき、地域包括支援センター等担当窓口へ連絡します。

14. 業務継続計画の策定

- 1) 災害や緊急事態に備えた業務継続計画の策定と定期的な見直しを行います。

15. 個人情報保護

当ステーションでは、利用者様に対するサービスの提供に必要な範囲で、適法かつ公正な手段により個人情報を収集します。収集に際しては、利用目的を明確にし、事前に利用者様の同意を得ます。

1) 個人情報の利用目的

収集した個人情報は、次の目的にのみ利用します。

- (1) 訪問看護サービスの提供
- (2) 医療及び介護サービスの向上
- (3) 緊急時の対応
- (4) 法令に基づく報告や連絡
- (5) サービスに関する苦情・相談の対応

2) 個人情報の管理について

当ステーションは、個人情報の漏えい、紛失、改ざん、及び不正アクセスを防止するため、必要かつ適切な安全管理措置を講じます。また、個人情報保護の重要性について全職員に対する教育を行い、意識の向上を図ります。

3) 個人情報の第三者提供について

当ステーションは、利用者様の同意がある場合を除き、個人情報を第三者に提供しません。ただし、法令に基づく場合や、利用者様の生命・身体・財産の保護のために緊急やむを得ない場合は、この限りではありません。

4) 個人情報の開示・訂正・利用停止について

利用者様が自身の個人情報の開示、訂正、利用停止等を希望される場合は、当ステーションの定める手続きにより対応いたします。

16. サービスに関する苦情・相談窓口

- 担当者：訪問看護ステーションひいらぎ 管理者 佐藤佳世子
- 連絡先：011-876-8904
- FAX：011-876-8905
- 対応時間：月～金曜日 9：00～17：00

訪問看護サービスの利用開始にあたり、利用者に対して重要な事項をご説明致しました。

令和 年 月 日

事業所所在地

札幌市南区澄川3条6丁目3-3 じょうてつドエル真駒内326号室

事業所名称

株式会社 Amber 訪問看護ステーションひいらぎ
管理者 佐藤佳世子

説明者： _____ 印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービス内容及び重要事項説明書の説明を受け同意をし、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者

住所： _____

氏名： _____ 印

家族または代理人・後見人

住所： _____

氏名： _____ 印

続柄： _____