

訪問看護ステーションきょうあい 重要事項説明書

1. 基本方針

1. 訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し健康の管理及び日常生活の維持・回復を図り、在宅医療を推進し快適な在宅療養が出来るように努める。
2. 利用者様が必要な時に、必要な訪問看護の提供が出来るように努める。
3. 事業の運営にあたり、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの提供者と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。

2. ステーションの概要

ステーション名	訪問看護ステーション きょうあい		
事業者番号	0161490396		
所在地	函館市中島町7番21号		
代表者	医療法人 徳洲会	理事長	東上 震一
管理責任者	西谷 麻紀		
電話番号	0138-51-9111	携帯	:080-2871-0026
FAX番号	0138-51-2272		

3. ステーションの職員体制

管理者・看護師	1名
看護師	常勤換算2.5名以上（内、常勤1名以上）
事務員	1名

4. サービス提供日、時間、提供地域

提供日	月曜日～土曜日 ※必要時は日曜日も対応します。
提供時間	8時45分～17時00分 ※緊急時の対応の為 24時間体制をとっています。
提供地区	通常サービス提供地域は函館市内 ※北斗市、七飯町のサービスについてはご相談ください。

5. サービスの内容

(1) 提供するサービス内容

- ① 健康チェック（血圧、体温、脈拍など）や病状の観察
- ② 服薬指導
- ③ 身体の清潔、床ずれの予防や手当、排泄のお世話
- ④ リハビリテーション
- ⑤ カテーテル類の管理
- ⑥ 認知症ケア
- ⑦ ご家族への介護支援
- ⑧ ターミナルケア
- ⑨ 医師の指示による処置（点滴、創部処置など）

(2) 看護職員の禁止行為

- ① 利用者様またはご家族の年金の管理、金銭の管理・貸借
- ② 契約の無い同居家族へのサービス提供
- ③ 身体拘束その他利用者様の行動を制限する行為
(利用者様又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ④ その他利用者様またはご家族に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 看護職員について

- ① 職員は常に身分証を携帯し、初回訪問時は名刺にてご挨拶します。
- ② サービス提供時に、担当の訪問看護職員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問看護職員が交代してサービスを提供します。
※事業所の都合により、担当の看護職員を交代することがあります。利用者様及びご家族に対して不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

6. 緊急時における対応について

- (1) サービスの提供中に事故、利用者様の症状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに利用者様のご家族へ連絡を取り、必要に応じて主治医、医療機関への連絡等必要な措置を実施します。
- (2) サービス提供時間以外の連絡は一番に **0138-51-9111**、次の連絡は別紙緊急連絡方法にてお願い致します。訪問看護師が夜間も携帯電話を所持し、常時対応が出来る体制をとっています。
- (3) 訪問看護サービスにより、利用者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いたします。(当事業所は賠償責任保険契約を結んでおります。)

7. 訪問看護利用料

訪問看護は介護保険又は健康保険の利用が出来ます。(別紙 利用料金表)

別紙に定める利用料金をもとに計算した金額を、翌月10日頃に現金又は口座振込でお支払いください。

8. 交通費、駐車場料金

サービスを提供する地域にお住まいの利用者様の交通費は無料です。

駐車場がなく有料駐車場を利用する場合は、別途駐車場料金を請求させていただきます。

9. 利用の中止、変更、追加

- (1) 利用者様の都合により、サービスの利用を中止、変更、新たなサービスの追加が出来ます。利用予定日の前日までに事業所に申し出てください。
- (2) サービスの利用の変更・追加の申し出に対して看護師の稼働状況等により利用者様の希望する期間にサービス提供が出来ない場合、他の利用可能期間、日時を利用者様に提示して協議します。

10. 個人情報の取り扱いについて

- (1) 事業所に勤務する者は、在職中及び退職後においても、業務上知り得た利用者又はご家族の個人情報を他人に知らせ、不当な目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に必要な事項を遵守させるものとします。(別紙 個人情報保護に関する基本方針)

- (2) 利用者様、及びご家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者様とご家族の個人情報を用いません。

11. 虐待の防止について

事業所は利用者様の人権の擁護、虐待の防止の為に、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	看護師・管理者	西谷麻紀
-------------	---------	------

- (2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を年1回以上開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。
- (3) 虐待防止のための指針の整備をしています。
- (4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。
- (5) サービス提供中に職員又は介護者（利用者の家族等、介護する者）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに函館市などへ通報します。

12. ハラスメント対策について

事業所は利用契約中に、利用者様及びご家族から、暴力等のハラスメント行為を受けた場合、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。

※ハラスメント行為；叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押しえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す

13. 衛生管理等

- (1) 看護職員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) 指定訪問看護事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生又は蔓延しないよう、次に掲げる処置を講じます。
- ①事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会をおおむね年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ています。
 - ②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています。
 - ③従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

14. 業務継続計画

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様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、当該計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、当該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に行います。
- (3) 定期的に当該計画の見直しを行い、必要に応じて変更を行います。
- (4) 感染症蔓延時や災害時等、当事業所職員の訪問が不可能になった場合、サービス内容の一部縮小や休止をお願いする場合もございます。
- また、利用者様のケア内容によっては市内で連携を図っている別の事業所より、看護職員がサービス提供する場合があります。
- その際は事前に連絡いたします。

15. その他

- (1) 訪問看護業務は利用者様の心身機能の維持回復のために療養の世話や診療の補助を行うこととされています。それ以外の業務（炊事、洗濯、掃除等）をすることは出来ませんのでご了承ください。
- (2) 訪問看護は契約書に記載された利用者様に対して行います。契約の無い同居家族への訪問看護は禁止されていますので、希望の場合はご相談ください。
- (3) 訪問看護職員に対する贈り物や、飲食等のもてなしはご遠慮させていただきます。
- (4) 事業所は看護学生の在宅看護実習の受け入れ施設として協力しております。看護教育の必要性をご理解いただきご協力お願い致します。同行訪問の際は事前に連絡いたします。

16. 相談、要望、苦情の窓口

訪問看護に関する相談、苦情等については当事業所にて対応します。

訪問看護ステーション きょうあい (0138-51-9111)
利用者相談担当責任者 西谷 麻紀

ステーション以外に市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

国民健康保険団体連合会 総務部介護障害者支援課企画苦情係	(直) 011-231-5175
函館市福祉サービス苦情処理委員事務局	(代) 0138-21-3297
北斗市役所保健福祉課福祉・介護グループ	(代) 0138-73-3111 内線 155～157番
七飯町保健福祉課介護福祉係	(代) 0138-65-2511

17. 第三者による評価の実施状況

実施の有無	有	⊖
実施日		
評価機関の名称		
評価結果の開示状況		

令和 年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者様に対して本書面に基づき重要事項を説明しました。

説明者 訪問看護ステーション きょうあい

氏名 西谷 麻紀 印

私は本書面に基づいて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。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代理人 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____

【個人情報使用同意書】

私、及び家族は別紙「個人情報保護に関する基本方針」について説明を受け、介護保険法、健康保険法による訪問看護で良質なサービス提供の為、主治医、医療機関、居宅サービス事業者、施設サービス事業者等に対して情報提供すること及び資料の提供を受ける事に同意致します。

利用者 氏名 _____ 印

署名代理人 氏名 _____ 印 続柄 _____

家族の代表者 住所 _____

氏名 _____ 印 続柄 _____