

重 要 事 項 説 明 書 (訪 問 看 護 事 業)

訪問看護のサービス提供の開始にあたり、事業所の概要や提供されるサービスの内容について次のとおり説明いたします。

1. サービスの概要

(指定訪問看護の内容)
訪問看護は医師の指示のもとに看護師等が家庭を訪問して、病気や障害のため必要とされる看護を提供し、生活を支援します。
主なサービス内容は、ご利用者さまの病状・身体状況の観察、身体の清潔保持等のお世話、褥そうの予防・処置、療養生活や介護方法の助言、医療機器やカテーテル等の管理、リハビリテーションなどです。終末期(ターミナル)や認知症のご利用者さまへの看護・相談・助言も実施しています。

2. 開設者の概要

法人の名称	むかわ町
主たる事務所の所在地	勇払郡むかわ町美幸2丁目88番地
代表者氏名	むかわ町長 栃丸 直士
電話番号 (FAX)	TEL 0145-42-2411 (FAX 0145-42-2711)

3. 事業者の名称等

名称	むかわ町鶴川厚生病院
指定番号	0113613723
所在地	北海道勇払郡むかわ町美幸1丁目86番地
管理者	院長 越智 勝治
電話番号 (FAX)	TEL 0145-42-2033 (FAX 0145-42-5270)
通常の実施区域	むかわ町 (※実施区域外は交通費徴収有)

4. 運営方針

ご利用者さまが可能な限り居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援し、心身の機能維持回復を目指します。事業の実施にあたっては、地域の保健・医療・福祉サービスの関係諸機関との密接な連携に努めます。
--

5. 従事者の体制

職 種	勤務体制及び員数
看護師	常勤 5名 (内兼任5名)
准看護師	常勤 1名 (内兼任1名)
作業療法士	常勤 1名 (内兼任1名)
事務員	常勤 1名 (内兼任1名)

6. 営業日、営業時間

営業日・営業時間	月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時00分 ご利用者さまのご都合が悪くなった場合は、事前にご連絡ください。
休業日	土曜日・日曜日・祝祭日・年末年始 (12月30日～1月3日)

7. 利用料

利用料につきましては、厚生労働大臣が定める基準額を法定代理受領いたしますので、ご利用者さまの介護保険負担割合証に応じた金額をお支払いいただきます。
しかし、保険料の滞納等により法定代理受領ができない場合は、ご利用者さまから支払いを受けてサービス提供証明書を発行しますので、市町村へ払い戻し申請願います。
なお、通常の実施区域外へ訪問する場合の交通費は、実施区域を超えて往復10km圏内 200円 (税別) 20km圏内 400円 (税別)、30km圏内 600円 (税別) を徴収させて頂いております。

8. 第三者評価の実施状況

実施状況	有 ・ (無)	評価機関名	
直近実施日	年 月 日	結果開示状況	

9. 苦情の相談窓口

苦情等の相談がありましたら下記に連絡願います。担当不在の場合でも基本的な事項は対応したのち担当に引き継ぎます。苦情等につきましては状況を十分確認の上、検討会議等を行い、居宅介護支援事業者・ご利用者さまへの連絡など改善に向け具体的な対応をいたします。苦情等の内容は記録に残し、再発防止に努めます。	
管理者 (担当者) 事務長 工藤 和寛 その他の苦情相談窓口 ・むかわ町役場保健福祉課介護G ・国民健康保険団体連合会	ご利用時間 平日 午前8時30分～午後5時00分 勇払郡むかわ町美幸1丁目86番地 (TEL 0145-42-2033) 勇払郡むかわ町美幸2丁目88番地 (TEL 0145-42-2415) 札幌市中央区南2条西14丁目 (TEL 011-231-5161)

10. 事故・緊急時における対応方法

事業者がご利用者さまに訪問看護サービスを提供する際に、事故・体調の急変、その他緊急事態が生じた場合は、生命と安全を最優先して速やかにご家族・救急医療機関・主治医に連絡を取るなど必要な処置を講じます。事業者の責任により損害を与えた場合は速やかに損害賠償をいたします。当該状況は記録を残し再発防止等に努めます。	
緊急連絡先 (氏名・電話)	
救急医療機関・主治医・家族他	

11. 個人情報の取扱

事業者及び従業者は、業務上知り得たご利用者さま及びそのご家族の個人情報については、漏洩、滅失、棄損等の無いように管理を行い、ご利用者さま又はご家族の同意を得ずに第三者には提供いたしません。これは従事者でなくなっても同様です。ただし、立入検査等の法第16条第3項に該当の場合はこの限りではありません。また、事業者はご利用者さま又はご家族の同意を得て、介護サービスの提供に資する目的で必要最小限の個人情報を使用させていただきます (下記のとおり)。
1. 介護認定の申請・更新・変更 2. サービス担当者会議・評価会議等での情報提供 3. 自治体・医療機関・社会福祉団体・介護サービス事業者等の連絡調整 4. 主治医等の意見を求める必要がある場合 5. ご家族等への心身の状況説明 6. 事業所内部における介護保険事務・管理業務及び症例研究 7. 審査支払機関への請求及び、審査支払機関・保険者からの照会への回答 8. 損害賠償に係る届出等 9. その他サービス利用に必要な場合

訪問看護サービスの提供にあたり、重要事項について本書面に基づき説明いたしました。

年 月 日

事 業 者 事業者名 むかわ町鶴川厚生病院

説明者氏名 ㊞

私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、了承しました。
また、個人情報 (ご利用者さま及びご家族) の使用に同意をいたします。

ご利用者さま 住所

氏名 ㊞
※本人の署名がある場合は捺印不要

ご 家 族 住所

または 氏名 ㊞
代 理 人

ご利用者さまとの続柄

代理理由