

訪問看護ステーション ルリエ

重要事項説明

1 訪問看護事業者(法人)の概要

名 称・法 人 種 別	医療法人雄仁会
代 表 者 名	檜崎 克雄
所 在 地・連 絡 先	(住所)茨城県神栖市深芝南 2-11-12 (電話)0299-92-6661 (FAX)0299-92-6952

2 事業所の概要

(1)事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	訪問看護ステーション ルリエ
所 在 地・連 絡 先	(住所)茨城県鹿嶋市小山 1033-39 (電話)0299-69-0772 (FAX)0299-77-7751
事 業 所 番 号	0862290061
管 理 者 の 氏 名	池田 文子

(2)事業所の職員体制

従業者の職種		人数 (人)	区分		職務内容
			常勤(人)	非常勤(人)	
管 理 者		1	1		業務、スケジュールの管理を統括的に実施。
訪 問 看 護 員	看護師	2以上	2以上		訪問業務の実施及び訪問看護書類の実施。
	准看護師	1以上	1以上	1	
	理学療法士	1以上	1以上		訪問看護リハビリテーションの実施、指導及び訪問看護書類の作成。
	作業療法士	1以上		1	
	言語聴覚士				
事務職員等					

(3)職員の勤務体制

従業者の職種	専従(人)	兼務(人)	勤務体制
管理者		1	看護職員と兼務
看護師	2	1	管理者と兼務
准看護師	1		
理学療法士	1		
作業療法士			
言語聴覚士			
事務職員等	1		

(4)事業の実施地域

事業の実施地域	鹿嶋市、銚田市(旧大洋村)、神栖市(旧神栖町)
---------	-------------------------

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5)営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜から金曜日及び祝日	9:00 ~ 17:00

営業しない日	土曜日、日曜日、年末年始(12月31～1月3日)
--------	--------------------------

※ケアプランに、土曜日、日曜日等、営業しない日が含まれている場合は、この限りではありません。

3 サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護ステーションの看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。また、必要に応じて理学療法士や作業療法士等が訪問し、リハビリテーションを行います。

※具体的な内容として、以下の項目があります。

- ・病状、障害の観察
- ・内服指導、管理
- ・清拭、洗髪等による清潔の保持
- ・食事及び排泄等日常生活の世話
- ・褥瘡の予防、処置
- ・ターミナルケア
- ・認知症患者の看護
- ・療養生活や介護方法の指導
- ・リハビリテーション
- ・カテーテル等の管理 ・その他、医師の指示による医療処置

4 事故発生時の対応

- ・サービスの提供により事故が発生した場合には速やかに利用者の家族、市町村などに連絡を取るとともに、必要な措置を講じます。
- ・事故が発生した場合、その原因を解明し、再発防止の対策を講じます。
- ・サービスの提供により発生した事故などにより、利用者の生命、身体、財産などに損害が生じた場合は、速やかにその損害を賠償します。但し、事業者の故意または損失によらない場合はこの限りではありません。

5 費用

(1)介護保険給付対象サービス

- ・介護保険適用がある場合、原則、介護保険負担割合証に準じての料金が利用者の負担額となります。料金表をご参照ください。
- ・介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となります。

(2)医療保険における訪問看護のサービス

医療保険証や医療受給者証などを確認させていただきます。内容の変更が生じた場合は、必ずお知らせください。料金表をご参照ください。

(3)交通費

- ・介護保険による訪問看護

2の(4)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

※実施地域を超えた時点から、1 km 50 円

- ・医療保険による訪問看護

1 kmあたり 50 円(実費)を負担していただきます。

(4)その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電話等の費用は、利用者の負担となります。
衛生材料、日常生活用品、処置用手袋、エンゼルケア等は、実費にて負担して頂きます。

(5)キャンセル料

利用者の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。
ただし、利用者の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

利用日の前日に連絡があった場合	無料
利用日当日、事前連絡が無く、訪問した場合	利用者自己負担部分の 100%

(6) 利用料等のお支払方法

月末締で計算をしますので、翌月の 15 日頃までに前月分の請求をいたします。

基本的に口座引き落としをお願いしています。翌月末までにお支払ください。

お支払頂いた際に、領収書を発行いたします。

6 訪問看護書類の作成

- ・主治医および介護支援専門員等と連携を図り、居宅サービス計画書に基づきながら、訪問看護計画書を作成いたします。

- ・当事業所は主治医に対して、訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出いたします。

7 他事業所への情報提供

- ・主治医の所属する医療機関、連携医療機関、居宅介護支援事業者との連携を行います。

※個人情報につきましては、改めて利用者様に用途についての説明の上同意をいただくようにいたします。

8 事業所の特色等

(1) 事業の目的

医療法人雄仁会が開設する訪問看護ステーション ルリエ(以下「ステーション」という。)が行う指定訪問看護及び指定訪問看護の事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、ステーションの看護職員、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「看護職員等」という。)が、要介護状態であり、主治の医師が必要を認めた利用者に対し、適正な事業の提供を目的とする。

(2) 運営方針

指定訪問看護の提供に当たって、ステーションの看護職員等は、要介護者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

9 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当訪問看護のサービスについて、ご不明の点や疑問、苦情がございましたら、担当者までお気軽にご相談ください。また、施設の相談窓口での受付も致しておりますのでご利用ください。責任をもって調査、改善させていただきます。

苦情・相談窓口

当事業所	電話番号 0299-69-0772 FAX 番号 0299-77-7751 担当者 池田 文子 ご利用時間 8:00～17:00
鹿嶋市 介護長寿課	電話番号 0299-82-2911
神栖市 長寿介護課	電話番号 0299-91-1700
鉾田市 介護保険課	電話番号 0291-33-2111
茨城県国民健康保険団体連合会 介護保険課	電話番号 029-301-1565

10 情報の開示について

当事業所は利用者からの申し出があり、事業所規定の申込書で申請手続きを行い、法人の許可のもと、当事業所の営業時間内にサービス内容の記録を開示します。

11 虐待の防止についての対応

- (1) 利用者の人権擁護のため虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに利用者の家族、市町村などに連絡を取るとともに、必要な措置を講じます。

12 身体拘束の適正化について

- (1) 利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等はいきません。やむを得ない場合は状態、時間や心身の状況などの記録など必要な措置を講じます。

13 ハラスメントの防止・対応について

- (1) 適切なサービスの提供を確保する観点から、利用者、利用者家族等からハラスメントを受け、相当と認められる場合など、必要な措置を講じます。

14 社会情勢及び天災、感染症

- (1) 事業継続計画の策定にあたり、災害や感染症の発生時に継続的にサービスを提供できる体制を講じます。

- (2) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害、感染症の流行など著しい社会秩序の混乱などにより、訪問看護義務の履行が難しい場合は、人命の保護を優先し、医療依存度の高い方から日程、時間の調整をさせて頂く場合がある。

- (3) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害、感染症の流行など著しい社会秩序の混乱などにより、夜間や緊急時対応の履行が遅延、もしくは、不能になる場合があります。

15 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先(ご家族等)、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等への連絡をします。

主治医	病 院 名 所 在 地	
	氏 名	
	電話番号	

緊急時連絡先(家族等)	氏名(続柄)	
	住 所	
	電話番号	

当事業者は、サービス内容説明者及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業所 所在地 茨城県鹿嶋市小山 1033-39
 事業者名 医療法人雄仁会
 事業所名 訪問看護ステーション ルリエ
 説明者 職 名

氏 名 _____ 印

私は、サービス内容説明者及び重要事項説明者に基づいて訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 _____ 印

代理人(選任した場合) 住 所

氏 名 _____ 印