

## 訪問看護サービス重要事項説明書

あなたに対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者

事業者名称	株式会社 かくだ
主たる事業所の所在地	敦賀市昭和町二丁目20-16
代表者名	代表取締役 横井 小夜子

### 2. ご利用事業所

ご利用事業所の名称	敦賀ケアセンターかくだ
指定番号	1860290038
所在地	敦賀市昭和町二丁目11-5
電話番号	0770-25-4160
FAX番号	0770-25-4161

### 3. 事業の目的と運営方針

事業の目的	<p>高齢者が要介護状態又は要支援状態となった場合においても、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すことにより、その利用者が可能な限りその居宅において、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に支援することを目的とする。</p>
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の要介護状態の軽減若しくは悪化の防止又は要介護状態となることの予防に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行う。</li> <li>・自らその提供する指定訪問看護等の質の評価を行い、常にその改善を図る。</li> </ul> <p>主治医との密接な連携及び訪問看護計画に基づき、利用者の心身の機能の維持回復を図るよう妥当適切に行う。</p> <p>懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者又はその家族に対し、療養上の必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の指示のもとに、医学の進歩に対応し適切な看護技術をもって行う。</li> <li>・常に利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な相談及び助言を行う。</li> </ul>

#### 4. ご利用事業所の職員体制

従業者の職種	員数	勤務の体制
管理者	1名	常勤1名
看護職員	8名	1名は管理者と兼務 1名は小規模多機能と兼務 1名は訪問介護員と兼務
理学療法士	2名	通所介護事業所と兼務
作業療法士	1名	通所介護事業所と兼務

#### 5. 営業時間及び連絡電話番号

営業日	日曜日から土曜日まで年中無休とする。
営業時間	午前8時から午後8時までとする。 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。
連絡番号	固定電話① 事業所 0770-25-4160 AM8:00~PM8:00 ② 本 社 0770-25-4141 AM8:00~PM8:00 (時間外は下記携帯電話に転送) 携帯電話① 角田社員 080-4426-7905 24時間常時携帯 ② 社員 080-4103-6677 24時間常時携帯

#### 6. 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) 食事および排泄等日常生活の世話
- (4) 褥創の予防・処置
- (5) リハビリテーション
- (6) 認知症患者の看護
- (7) 療養生活や介護方法の指導
- (8) カテーテル等の管理
- (9) その他医師の指示による医療処置
- (10) 緊急時訪問看護
- (11) 特別管理体制

#### 7. 利用料金等

- (1) 介護保険適用分（料金表のとおり）
  - ① 訪問看護費
  - ② 介護予防訪問看護費
  - ③ 各種加算（緊急時訪問看護加算 あり ・ なし ）
- (2) 医療保険適用分（料金表のとおり）
  - ① 訪問看護療養費
  - ② 各種加算

### (3) その他実費適用分

その他の費用に係るサービスの提供及び金額については、あらかじめ、利用者又はその家族に対し説明し、同意を得ることとします。

### (4) 料金の支払方法

毎月 15 日までに前月分の請求書を送付しますので、月末までに口座振替又は現金支払いの方法でお支払い願います。

## 8. 実施地域

通常の事業の実施地域は敦賀市とする。

## 9. 苦情申立窓口

当事業所担当窓口	角田真寿実	電話	0770-25-4160
敦賀市長寿健康課担当窓口		電話	0770-22-8180
福井県国民保険団体連合会		電話	0776-57-1614

## 10. 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。また緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号	
協力医療機関	医療機関の名称	川上医院
	院長名	川上 究
	所在地	敦賀市松原町1-39
	電話番号	0770-22-0977
	診療課	内科・胃腸科・外科・形成外科
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	電話番号	
	連絡先	

## 11. 秘密の保持について

(1) 当事業所の従業者及び従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びそのご家族の秘密を漏らしません。

(2) 当事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合など必要な範囲内で利用者及びそのご家族の個人情報を用います。

なお、個人情報の利用範囲については別紙のとおりです。

# 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記により必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

## 記

### 1 使用目的

- (1) 介護サービスの提供を受けるにあたって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)の外、介護支援専門員又は介護サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払う。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和 年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

敦賀市昭和町二丁目1-1-5  
敦賀ケアセンターかくだ

説明者氏名

私は、本書面により事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人) 利用者の家族  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(請求書の送付先)  
(利用者・家族・その他) いずれかに○  
住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_  
(利用者・家族と同じの場合は記入不要)