

重 要 事 項 説 明 書

当事業所は、介護保険法に基づく訪問看護事業を行うものとして指定を受けています。当事業所の概要や、提供するサービスの内容、契約上ご注意くださいことを記載したものです。

1 事業所概要

事業所名称	訪問看護ステーションやわた
所在地	酒田市小泉字前田37番地
法人種別	地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構
事業所指定番号	山形県 0660890104
管理者	堀 マキ
電話番号	TEL(代表) 64-4585 (FAX) 64-4585
サービス提供地域	酒田市、飽海郡遊佐町

2 事業所の職員体制

令和6年4月1日現在

職 種	人 員
看護職員	常勤 6名(うち専従5名兼務1名)

当事業所は、地方独立行政法人山形県・酒田市病院機構が運営している訪問看護事業所です。

3 営業日および時間

営業日 月曜日～土曜日

(但し、日曜日・祝祭日は医師の指示にて訪問対応します。)

営業時間 午前8時30分～午後5時15分

※ 緊急時の電話相談は24時間対応するほか、医師の指示にて訪問や必要に応じて緊急時訪問看護を行います。

＜緊急時の連絡体制＞

- 連絡先 ① 080-5560-5795（上記以外の時間帯）
② 070-8813-0172（①につながらない場合）
③ 0234-64-4585（平日 午前8時30分～午後5時15分）

＜緊急時の対応方法＞

ご利用者様の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。
主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

4 サービス利用料および利用者負担額

- （１）訪問看護を提供したときの利用料の額は、厚生労働大臣が定める金額であり、ご利用者様負担額は、介護保険または医療保険の負担割合によるものです。
- （２）医療保険でのご利用と介護保険で通常サービス提供地域以外のご利用の場合は、片道5kmまで380円、以降5kmごとに100円の交通費をご負担していただきます。
- （３）終末期訪問において、ご利用者様が死亡し、ご家族様のご希望があった場合は、ご遺体の処置料として22,000円をご負担いただきます。
- （４）診療情報提供手数料の写し交付においては、A4用紙1枚につき10円、光ディスク1枚につき80円です。（診療情報提供に関する指針に基づき手続きがあります。）

5 サービスの方針

当事業所の訪問看護師は、看護師の資格があり、看護ケア、在宅医療、福祉の経験を積んで研修を経てきたスタッフです。地域の各種サービス提供機関と連携しながら、ご利用者様、ご家族様の日常生活における質の向上と、安心して豊かな生活を送るお手伝いをさせていただきます。

6 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情について、次の窓口で対応します。

当事業所相談窓口	電話番号 0234-64-4585 FAX番号 0234-64-4585 相談責任者 堀 マキ 利用時間 午前8時30分～午後5時15分
日本海八幡クリニック窓口	電話番号 0234-64-3311 FAX番号 0234-64-2054 相談責任者 池田 栄子 利用時間 午前8時30分～午後5時15分

当事業所以外に、次の公的機関において苦情申出ができます。

酒 田 市	介護保険課 事業管理係	住 所 酒田市本町二丁目2番45号 (市役所本庁舎) 電話番号 0234-26-5363 利用時間 午前8時30分～午後5時15分
	八幡総合支所 健康福祉係	住 所 酒田市観音寺字寺ノ下41番地 電話番号 0234-64-3113 利用時間 午前8時30分～午後5時15分
遊 佐 町	健康福祉課 福祉介護保険係	住 所 遊佐町遊佐字舞鶴211番地 電話番号 0234-28-8251 利用時間 午前8時30分～午後5時00分
山形県国民健康保険 団体連合会 (苦情相談専用)		住 所 寒河江市大字寒河江字久保6番地 電話番号 023-623-0997 利用時間 午前9時～午後4時

訪問看護サービス説明書

1 サービスの内容

提供する訪問看護サービスの内容は、医療処置、病状・健康状態の観察、療養上の世話、日常生活の看護、ターミナルケア、ご家族様への支援等です。

ご利用者様の状態に合わせて、介護保険または医療保険でサービスを提供します。

2 サービス提供の記録等

- (1) サービス開始時に「訪問看護計画書」を作成し、ご利用者様、ご家族様へ説明します。
- (2) 「訪問看護計画書」とサービス提供の状況を記録した「訪問看護報告書」は主治医、居宅介護支援事業所に提出します。必要時、市町村、病院等に訪問看護情報提供書を提出します。
- (3) 前記 訪問看護サービス書類は5年間適正に保管し、ご利用者様またはご家族様の求めに応じて記録の開示をいたします。

3 緊急時の対応方法

サービス提供中に、ご利用者様の病状に急変が生じた場合や、緊急と判断される場合は速やかに主治医へ連絡するなど必要な処置を講じます。

緊急訪問の依頼があれば、早急に訪問できるように調整します。

4 事故発生時の対処方法

サービス提供により事故が発生した場合は、庄内総合支庁、酒田市、遊佐町、ご家族様、主治医、介護支援専門員、居宅介護支援事業所等に連絡を行ない、必要な措置を講じます。

5 キャンセル

ご利用者様がサービスの利用を中止する場合は、当事業所「訪問看護ステーションやわた」までご連絡ください。キャンセル料はありません。

連絡先 080-5560-5795 (24時間対応携帯番号)

6 サービス利用に際してのお願い

- (1) お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- (2) 事業所の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為や、ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することがあります。
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載することを禁止します。

7 非常災害時・感染症流行時の対応

当事業所は、事業継続計画を策定し非常災害の発生や感染症の流行が起こった際に適切な対応を行い、訪問看護サービスを継続的に提供できるよう体制を構築しています。可能な限り短い時間で、復旧、訪問対応できるよう努力いたします。その際は、ご協力をお願いいたします。

8 高齢者虐待防止に関する事項

当事業所は、ご利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策等の必要な体制整備を行うとともに、職員に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

9 その他

- (1) 当事業所は、看護学生の臨地実習受け入れ施設となっております。看護教育の必要性をご理解いただきご協力をお願いいたします。なお、同行訪問する際は事前にご連絡いたします。
- (2) 当事業所は、職員が身の危険を感じた【6、(2)に当てはまる場合】際には、理由のいかんに関わらず警察に通報し、断固たる対応をとります。
- (3) 訪問する看護師等は、金銭の取扱は行いません。(年金の管理、金銭の貸借など)
- (4) 訪問する看護師等は、「訪問看護サービス契約書」に基づき、ご利用者様にサービスを提供します。ご契約のないご家族様へのサービス提供はしていません。

10 利用者負担額と支払方法

ご利用者様が負担するご利用料金・加算(医療保険、介護保険)は次のとおりです。

ご利用料金は、翌月初めに請求書をお渡しします。尚、暫定の場合は、介護度が確定し、介護保険証の確認をさせていただいてから請求いたします。

支払は、日本海八幡クリニックの受付窓口にてお願いいたします。

利用者の個人情報の利用目的の通知および 第三者に対する提供について

訪問看護ステーションやわたの訪問看護サービスは、利用者からご提供いただいた利用者本人及びご家族に関する個人情報を、下記の目的以外に使用しないことをお知らせいたします。

【利用者の個人情報の利用目的】

- ・ 利用者への介護サービス提供
- ・ 介護保険事務
- ・ 利用者のために行う管理運営業務（会計、事故報告、介護・医療サービスの向上）
- ・ 当事業のために行う管理運営業務（介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料の作成、学生などの実習への協力、職員の教育のために行う事例研究など）

【利用者の個人情報を第三者に提供する場合】

下記の利用目的のために、利用者及び家族の個人情報を第三者に提供することがあります。

- ・ 介護保険事務などの業務の一部を外部事業者へ業務委託を行う場合
- ・ 他の介護事業者との連携（サービス担当者会議など）、連絡調整等が必要な場合
- ・ 利用者の受診にあたり、医師に介護記録やケアプランを提供する場合
- ・ 家族への心身状態や生活状況の説明
- ・ 研修等の実習生やボランティアの受け入れにおいて必要な場合
- ・ 損害賠償保険などの請求に係る保険会社等への相談または届出等
- ・ 事業継続計画に沿って連携している訪問看護ステーションと情報共有する場合

当事業所は、訪問看護サービス契約にあたり、ご利用者様に対して本書面に基づいて上記の重要事項・個人情報利用について説明しました。

令和 年 月 日

事業者 住 所 酒田市小泉字前田37番地
 名 称 訪問看護ステーションやわた

説明者氏名 _____ 印

私は、訪問看護サービス契約の締結にあたり、事業者から上記のとおり説明を受け、サービス提供開始に同意します。

利用者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

利用者の家族又は代理人

住 所 _____
氏 名 _____ 印

(続柄)