

令和 6 年 8 月 19 日

重要事項説明書(精神)

訪問看護ステーションこうなん(医療保険)

利用者：様

事業者：医療法人仁和会

1、事業者の概要

事業者(法人)の名称	医療法人仁和会 埼玉江南病院
代表者氏名	理事長 石川 高明
所在地	〒360-0114 埼玉県熊谷市江南中央 2-7-2
法人設立年月日	昭和 35 年 3 月

2、サービスを提供する事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーションこうなん
指定事業所番号	1163190394
所在地	埼玉県熊谷市江南中央 2 - 7 - 2
電話番号	048 - 577 - 5501
サービス種類	精神科訪問看護
サービス提供地域	熊谷市 深谷市 東松山市 鴻巣市、行田市、寄居町、嵐山町、 大泉町、ときがわ町、吉見町、川島町、他近隣地域は要相談。

3、営業時間

平日	午前 8 時 30 分から午後 5 時 00 分
休日	日曜日、12 月 30 日から 1 月 3 日、8 月 13 日から 8 月 15 日

4、職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	1 名	0 名	1 名
看護師	4 名	0 名	4 名
准看護師	0 名	0 名	0 名
作業療法士	0 名	0 名	0 名
精神保健福祉士	1 名	0 名	1 名

5、当事業者の連絡窓口(相談・苦情・キャンセル連絡など)

連絡先：048-577-5501

担当部署：訪問看護ステーションこうなん

担当者：杉山直久、野中雅弘

※担当者不在の時は、別の職員が承ります。

受付時間：午前 8 時 30 分～午後 4 時 30 分(日曜日・12 月 30 日～1 月 3 日、8 月 13 日～8 月 15 日を除く)。

※その他、各地域においての相談・苦情窓口

苦情相談窓口	地域	連絡先
熊谷保健所：医療安全相談	熊谷市・深谷市・寄居町	048-523-2811
鴻巣保健所：医療安全相談	鴻巣市	048-541-0249

東松山保健所：医療安全相談	東松山市・滑川町・川島町・ 吉見町・ときがわ町・嵐山町・ 小川町	0493-22-0280
加須保健所：医療安全相談	行田市	0480-61-1216
埼玉県保健医療部医療整備課	埼玉県	048-830-4802
埼玉県国民健康保険団体連合会	埼玉県	048-824-2761

※各市町村において苦情相談窓口が設置しております。

6、事業の目的・運営方針

(1)目的

事業運営体制の整備を図り、多様なニーズに対応できるよう努力し、住み慣れた地域でその人らしい生活が安心して送れるように、心のこもった質の高いサービスを提供します。また、アウトリーチにより、保健・医療・福祉サービスを包括的に提供し、丁寧な支援を実施することにより、在宅生活の維持、向上をサポートしていきます。

(2)運営方針

- ・利用者様及びご家族に対しての声に耳を傾け、その人のニーズに答えた援助計画を提供します。
- ・利用者様へ生きる喜びや希望を与えられる看護を目指します。
- ・医療、福祉他の関係機関とも迅速に連携を取り合い、利用者様の体調管理に最善を尽くします。
- ・利用者様及びご家族に対していつでも笑顔を絶やさず、丁寧に接します。

(3)サービスの内容

(1) 病状、心身の状況の観察

- (2) 清拭・洗髪・爪切り・髭剃り・足浴等による清潔の保持
- (3) 食事及び排泄等日常生活の援助
- (4) 薬剤管理又は服薬指導
- (5) リハビリテーションやレクリエーション(散歩や体操)
- (6) 医療機関への連絡相談
- (7) 療養生活や介護方法の指導
- (8) 各種行政サービスに関する手続きなどの助言
- (9) その他医師の指示による医療処置
- (10)生活習慣病の予防など食事の献立を通して、栄養管理に対しての助言

7、ご利用する上での各種利用料金

- (1) 訪問看護での利用料金表(別紙参照)。
- (2) 交通費はいただきません。
- (3) キャンセル料はいただきません。
- (4) 利用者様の住まいでサービスを提供するために使用します、水道、ガス、電気などの費用は、利用者様の負担となります。
- (5) 主治医から、急性増悪などにより一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から 14 日間に限り、医療保険による訪問看護の提供となります(別途費用となります)。
- (6)訪問看護指示書料金について主治医の医療機関にお支払いが発生いたしますのでご了承ください(1割負担 300 円)。

8、利用料金の支払い方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月 15 日までにお伝えしますので、下記の方法で 27 日までにお支払いください。

当ステーションでは、お支払方法は下記の 2 つの方法からお選びいただけます。

- ① 口座振替によるお支払いで指定の用紙にてお申し込み。27 日に引落しさせていただきます。
- ② 訪問時、請求書をお持ちしますので現金と交換で支払いを行います。なるべくお釣りの出ないようご用意願います。

9、秘密の保持

(1)利用者様又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」を遵守し適切な取り扱いに努めるものとします。

(2)事業所が得た利用者様又はその家族の個人情報については、事業所での医療・介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者様又はその家族の同意を得るものとする。契約書への署名をもって同意したとみなします。

10、非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、又は警報などが発令された場合は、サービスの提供を注視する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

11、高齢者虐待防止に関する事項

事業者は、利用者の差別の禁止、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、苦情解決対策などの必要な体制整備を行うと共に、従業者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などの措置を講じます。

12、ハラスメントの防止・対応

- (1)事業所は、訪問看護師等が安心して従事できる環境でなければ、利用者に対して信頼されるサービスが提供できないと考えます。そのため「職場におけるハラスメントの防止に関する規定」を策定し、事業所内及び利用者等からのハラスメントに対して必要な措置を講じます。
- (2)利用者及びその家族によりハラスメント行為がなされる場合は、契約書第 15 条の規定の禁止事項により契約を解除するなど厳正に対処します。

13、緊急時の対応

当事業所においてのサービスの提供中に、ご利用者様の病状の悪化又は何らかの事故等あった場合は、主治医、救急隊、家族、居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族 第1連絡先	氏名	
	ご連絡先	(自宅) (携帯)
ご家族 第2連絡先	氏名	
	ご連絡先	(自宅) (携帯)
その他		

担当者より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】住所 _____

氏名 _____ 印

【ご家族】住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）

【代理人】住所 _____

氏名 _____ 印（続柄 _____）