

# 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、厚生省令 37 号第 74 条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 事業者

事業者の名称	訪問看護ステーション ひだまり
事業者の所在地	岩国市周東町祖生 5717-5
法人種別	医療法人社団
代表者名	河郷診療所 理事長 河郷 忍
管理者の氏名	佐尾 亜希
電話番号	0827-85-5865
ファクシミリ番号	0827-85-0904
指定年月日および指定番号	平成18年1月1日 第3567290022号

## 2 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護者の心身の状態に応じ、生活の質の確保および向上を目指しその人らしい生活を営むことができるようサービスを提供する
施設運営の方針	要介護者の心身の特性を踏まえ、関係市町、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携をはかり、専門的なサービスの提供をするよう努める

## 3 職員体制

職員の職種	員数	区分				勤務体制
		常勤		非常勤		
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			正規の勤務時間 8:30~17:00
看護師	3名以上					

## 4 営業日

営業日	月曜日から金曜日まで、ただし国民の祝日および8月14~15日 12月29日~1月4日を除く
営業時間	月~金曜日 8時30分~17時00分

## 5 利用料 (別紙料金表のとおり)

利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当訪問看護が法定受領サービスであるときは、本人負担分として1割または2割または3割をお支払いいただきます。交通費は、通常の実施地域の方は無料、その他の地域の方は300円です。

## 6 事業の実施地域

通常の地域	岩国市（離島、旧美和町・旧美川町・旧錦町・旧本郷村を除く）、柳井市、田布施町とする
-------	---

## 7 秘密保持

職員は、業務上知り得た利用者または利用者の家族の秘密を保持します。

職員であったものが、職員でなくなった場合も同様とします。

## 8 苦情等申立先

ご利用者相談窓口	申立場所 訪問看護ステーション ひだまり ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分 ご利用方法 電話 85-5865 担当者 佐尾 亜希
居宅介護支援等全般に関する申立 岩国市	申立場所 岩国市役所 福祉政策課 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ご利用方法 電話 0827-29-5072
柳井市	申立場所 柳井市役所 健康福祉部高齢者支援課 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ご利用方法 電話 0820-22-2111
田布施町	申立場所 田布施町役場 健康保険課介護保険係 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ご利用方法 電話 0820-22-5809
介護保険に関する苦情申立	申立場所 山口県庁内 長寿社会課 介護保険班 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ご利用方法 電話 083-933-2774
介護サービスに関する苦情申立	申立場所 国民保険団体連合会 ご利用時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ご利用方法 電話 083-995-1010

## 9 緊急時の対応方法

利用者の病状に急変等が発生した時は、速やかに主治医に連絡し、その指示に従います。主治医の指示が得られない場合は救急搬送等の必要な措置を講じます。

また、前項についてしかるべき処置をした場合は、主治医および監督責任者に報告いたします。

## 10 事故発生時の対応

利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合、主治医および利用者の家族、利用者に関係する居宅介護支援事業者等に対して連絡を行うなど、速やかに対応いたします。

11 人権擁護・虐待防止対策について

利用者の人権擁護、虐待の防止措置等に対して以下のように適切に対応いたします。

- (1) 虐待防止対策を検討する委員会を定期的を開催し職員に周知徹底を図る。
- (2) 虐待防止のための指針を整備する
- (3) 職員に対する虐待防止のための研修を定期的を実施する。
- (4) 虐待防止措置を適切に実施するための担当者を置く。

虐待または虐待が疑われる事案が発生した場合には、再発防止策を講じるとともに市町村へ報告する。

12 自然災害発生時・新興感染症発生時の運営について

自然災害発生時や新興感染症の発生時には業務継続計画に準じ対応します。

わたしは、本書面に基づいて 訪問看護ステーション ひだまり 職員  
( 氏名 ) から訪問看護サービスの上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

利用者の家族等

住 所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_

続 柄 \_\_\_\_\_

利用者の代行者

住 所 \_\_\_\_\_

お名前 \_\_\_\_\_