

指定訪問看護の重要事項説明書

1. 訪問看護を提供する事業者について

事業者名	医療法人三和会 札幌南整形外科病院
所在地	札幌市南区南 33 条西 11 丁目 4 番 1 号
代表者名	理事長 早川 満
電話番号	011-581-2555

2. ご利用者へ訪問看護サービス提供を担当する事業所について

事業者名	札幌南整形 訪問看護ステーション
所在地	札幌市南区南 33 条西 11 丁目 4 番 1 号
開設年月日	令和 4 年 10 月 1 日
事業所指定番号	0160591715
管理者の氏名	石川 匡恵
サービス提供実施区域	札幌市（南区・中央区・豊平区）
電話番号	011-582-5151
FAX 番号	011-582-5151

3. 事業の目的・運営方針

事業の目的	ご利用者に対して、看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。
運営の方針	指定訪問看護実施に当たっては、医師の指示のもと、対象者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、日常生活の維持、回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援します。

4. 職員体制

職種	業務内容	人数
管理者	職員管理業務など（常勤 訪問看護と兼務）	1 名
看護師	訪問看護サービスの提供（常勤）	2 名
看護師	訪問看護サービスの提供（非常勤）	0 名

5. サービス提供日時

サービス提供日時	月曜日から金曜日	9時30分から17時
休業日	土・日・祝祭日	
	お盆休み	8月15日
	年末・年始	12月29日～1月3日

6. サービスの内容

- ① 健康状態の観察（血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察）
- ② 服薬相談・指導
- ③ 日常生活の看護（清潔・排泄・食事など）
- ④ 在宅リハビリテーション看護（寝たきりの予防・手足の運動など）
- ⑤ 療養生活や介護方法の指導
- ⑥ 認知症の介護・お世話と悪化予防の相談
- ⑦ カテーテル類の管理、褥瘡の処置など医師の指示に基づいての看護
- ⑧ 生活用品や在宅サービス利用についての相談

7. サービス利用料及び利用者負担

- ① 別紙に記載しておりますのでご参照ください
- ② 料金の請求及びお支払方法

利用料・その他 費用の請求方法	毎月15日前後の訪問日に当ステーションの看護師が前月分の請求書を持参いたします。
お支払方法	お支払い方法につきましては、月末までにお振り込みをお願いいたします。尚、ご利用者様のお名前でお支払いをお願いします。 【お振込先】 ・金融機関：北洋銀行 藻岩支店 ・口座番号：普通預金 3945865 ・口座名：イ) サンワカイ サツポロミナミセイケイ ゲカピヨウイン
領収書の発行	領収書はお振込みが確認された後、発行いたします。先月分の請求書とともに、先々月分の領収書を看護師が訪問日にお届けします。

8. サービスの利用に関する留意点

- ① 訪問看護師は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り扱いは致しかねますので、ご了承ください。

- ② 訪問看護師は、利用者の心身の機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助を行うこととされており、同居家族に対する訪問看護サービスは禁止されていますので、ご了承ください。
- ③ 訪問看護師に対する贈り物や飲食などのもてなしは、ご遠慮させていただきます。

9. 緊急時の対応

サービスの提供中に利用者の様態の変化等があった場合は、利用者の主治医、もしくは当医療機関の医師への連絡を行い、医師の指示に従います。

10. サービスに関する相談・要望・苦情申し立て

- ① 当医療機関の訪問看護サービスに関する相談・苦情は、次の窓口までご連絡ください。

医療法人三和会 札幌南整形 訪問看護ステーション	担当の訪問看護師・管理者もしくは他の職員が対応致します。 月曜日～金曜日 9時～17時 TEL 011-582-5151 FAX 011-582-5151
--------------------------------	--

※担当訪問看護師が不在の場合でも、対応した者が必ず、担当者・管理者に引き継ぎます。

- ② その他、お住いの地域の区役所の保健福祉課及び北海道国民健康保険団体連合会においても苦情申し立て等ができます。

南区役所	TEL 011-582-2400 (代)
中央区役所	TEL 011-231-2400 (代)
豊平区役所	TEL 011-822-2400 (代)
北海道国民健康保険 団体連合会	TEL 011-231-5175 (介護サービス苦情相談専用ダイヤル)

令和 年 月 日

指定訪問看護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました

説明者

住 所 札幌市南区南 33 条西 11 丁目 4 番 1 号

事業所 医療法人三和会
札幌南整形 訪問看護ステーション

氏 名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所 _____

氏 名 _____

署名代行者（代理人）

続 柄 _____

住 所 _____

氏 名 _____