

訪問看護重要事項説明書

訪問看護ステーション ACT-J

訪問看護重要事項説明書

訪問看護の提供にあたり、事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 事業者概要

事業者名称	特定非営利活動法人 リカバリーサポートセンターACTIPS
所在地	千葉県市川市菅野5丁目11番16号
代表者	理事長 佐藤茂樹

2. 事業所概要

事業所名称	訪問看護ステーション ACT-J
所在地 連絡先	〒272-0824 千葉県市川市菅野5丁目11番16号 電話 047-712-5625
指定番号	千葉県指定 第1262790194号

3. 事業の目的と運営方針

□事業の目的

居宅において、主治医が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供することを目的とします。

□運営の方針

(1) 利用者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、包括的なサービスの提供に努めます。

4. 本事業所の職員体制（令和6年9月1日現在）

管理者（看護師）	1名
看護師 作業療法士	11名

5. 営業時間

営業日・営業時間	月曜日～金曜日（祝・休日、12月29日から1月3日を除く） 午前8時30分～午後5時15分 （ただし通常の訪問看護を行う時間は午前9時00分～午後16時30分）
----------	--

6. 営業地域

通常の事業の実施地域は、市川市全域と松戸市南部（東部支所管轄・矢切支所管轄・本庁管轄第

一・第二・常盤平支所管轄・馬橋支所管轄、矢ヶ崎6丁目・中和倉・新作・中根)の区域。

7. 利用料金と負担額

(1) 利用料として医療保険法に規定するサービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払いを利用者から受けとるものとします。

(2) 利用者は、別紙に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料および、サービスを提供するうえで別途必要になった費用を支払うものとします。

※キャンセル料

キャンセルをご希望の場合は、利用日の前営業日の17時までにご連絡をお願いいたします。連絡なくキャンセルされた場合に、1,000円のキャンセル料金をいただきます。キャンセル料金が発生しない事態(急な入院など)については、担当者にお問い合わせ下さい。

(3) お支払い方法

【口座振替】

口座振替手続き方法は「口座振替手続きのご案内」をご覧ください。

毎月のご利用料金はひと月分を月末で締めて、翌月請求書をお渡しします。

お支払いを確認の後、領収書をお渡しします。領収書は原則再発行できませんので大切に保管してください。

8. 事故発生時の対応

(1) 訪問看護の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族等、関係機関に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

(2) 利用者に対する訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. 感染症蔓延及び災害発生時の対応

(1) 感染症蔓延及び災害発生時は、その規模や被害状況により通常の業務が行えない可能性があります。災害時の情報、被害状況を把握し安全を確保したうえで、利用者の安否確認や支援、主治医や医療関係機関との連携、必要時の訪問を行います。

(2) 指定感染症蔓延時には通常の業務が行えない可能性があります。感染症の拡大状況を把握し、予防対策を講じて、必要な訪問を行います。

10. 苦情申し立て窓口

訪問看護ステーション ACT-J	電話 047-712-5625
市川市福祉部障がい者支援課	電話(代表) 047-334-1111
松戸市福祉長寿部障害福祉課	電話(代表) 047-366-1111
千葉県国保国民健康保険団体連合会	市川市:電話 047-712-8532 松戸市:電話 047-366-7353

11. その他留意事項

(1) 訪問看護中の喫煙は、お控えください(加熱式たばこや電子たばこ等含む)。スタッフの受動喫煙防止にご理解・ご協力をお願いします。

(2) 利用者から訪問スタッフの指定はできません。また、ステーションの都合や交通事情、気象条件等で別のスタッフが訪問させていただく場合があります。

(3) 訪問スタッフに対する飲食のもてなし、贈り物はお断りいたします。

(4) 訪問は車で伺いますので、駐車ができる場所をご準備願います。有料駐車場の場合、料金は基本的に利用者負担で願います。

(5) 訪問時、犬等ペットの放し飼いはサービス提供の妨げや、噛み付く恐れがありますので、サークルに入れるなどして安全の確保をお願いします。万が一、噛み付く等の事故が発生した場合、治療費の請求をお願いすることがあります。

12. 緊急時等の対応の方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族、主治医、救急機関、関係事業所等に連絡します。

ご本人 電話 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ご家族 氏名 _____ 続柄 _____ 電話 _____

主治医（医療機関） _____ 電話 _____

関係事業所 _____ 担当 _____ 電話 _____

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

訪問看護の開始にあたり、ご利用者に対して重要事項説明書に基づいて重要事項を説明いたしました。

所在地 千葉県市川市菅野5丁目11番16号
訪問看護ステーション ACT-J 印
管理者 齋藤 和彦

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面により、本事業所から訪問看護の利用に際し、重要事項の説明を受けました。

利用者 氏名 _____ 印

代理人 氏名 _____ 印