

2024. 9. 6 改正

# えな訪問看護ステーション

## 重要事項説明書

健康保険・老人保健法令に基づき岐阜県知事から指定を受けています。

(訪問看護・老人訪問看護)

指定番号 17, 9001, 5

介護保険法令に基づき岐阜県知事から指定を受けています。

指定番号 2161790015

社会福祉法人 恵和会

## 1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 恵和会
- (2) 法人所在地 岐阜県恵那市長島町永田 382 番地 38
- (3) 電話番号 0573-26-5271
- (4) 代表者氏名 理事長 森川 千江子
- (5) 設立年月日 昭和53年11月17日

## 2. 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 えな訪問看護ステーション
- (2) 事業所の所在地 岐阜県恵那市長島町永田 382 番地 113
- (3) 電話番号 0573-26-4164
- (4) 事業所管理者 下川 千穂
- (5) 開所年月日 平成12年 2月 1日
- (6) サービス提供地域 恵那市・中津川市・瑞浪市

## 3. 事業所の職員体制

職 種	人 員
管 理 者	1 名 (兼務)
看 護 職 員	5 名 (内 1 名管理者と兼務)
理 学 療 法 士	2 名 (常勤 1 名・非常勤 1 名)

## 4. 営業時間

営 業 日	月曜 ～ 土曜日 (日曜休業)
営 業 時 間	午前 8 時 30 分 ～ 午後 5 時 15 分

## 5. 目的と運営方針

- (1) 心身の特性を踏まえて、利用者の意思を尊重し、全体的な日常生活動作に維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視し快適な在宅療養が維持できるように支援することを目的とします。
- (2) 実施にあたっては、介護支援専門員、地域の保健・医療・福祉サービス担当者との連携を図りながら訪問看護サービスの提供に努めます。

## 6. 訪問看護サービスの内容

### (ア) 病状の観察

- ・ 医療的処置 (医師の指示により)
- ・ 褥瘡の予防・処置に対する管理、指導等
- ・ 各種カテーテル等の管理、指導等

(イ) 療養上の看護

- 清拭・洗髪等による清潔の保持
- 食事・排泄等日常生活の介助、指導等
- 在宅酸素や人工呼吸器の管理、指導等
- 喀痰の吸引方法の管理、指導等
- 人工肛門・人工膀胱等の各種ドレーン管理、指導等
- 療養生活及び介護方法の指導等
- 生活リハビリテーションの実施指導等
- 各種装具や自助具の使い方指導等

(ウ) 精神的ケア

- 家族への介護支援及び相談

(エ) ターミナルケア

- 最期を住み慣れた自宅で迎えたいとする方へのケア

(オ) その他、医療機関、各事業所との連絡調整

- かかりつけ医師
- 市町村の高齢福祉課及び社会福祉協議会等
- 介護支援専門員（ケアマネージャー）

7. 利用料

- 介護保険・医療保険関係法令に定められた料金とします。  
※ 現在の利用料については別紙 1 のとおりです。

8. キャンセル（利用中止）

- 利用者がサービスを中止する際に速やかに介護支援専門員（ケアマネージャー）にご連絡下さい。
- キャンセル料は不要です。

9. 事故発生時（緊急時）の対応について

事業者は、契約者の病状に急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに緊急連絡先及び担当介護支援専門員へ連絡をするとともに、主治医に連絡するなどの措置を講じます、また必要に応じて関係機関に連絡します。

10. 緊急時連絡先

利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。  
緊急時連絡先に連絡します。

11. 苦情等の受付について

1) 当訪問看護ステーションにおける苦情やご相談は下記の窓口で受けます。

苦情・相談受付窓口

えな訪問看護ステーション 管理者 下川千穂

受付時間：月曜～金曜日 8時30分～17時15分まで

電話 0573-26-4164

2) 行政機関その他苦情受付機関

恵那市役所 高齢福祉課（介護保険係） 電話0573-26-2111

受付時間：月曜～金曜日 8時30分～17時00分まで

岐阜県国民健康保険団体連合会 介護保険課（苦情対応係）

電話058-275-9826

受付時間：月曜～金曜日 9時00分～17時00分まで

12. 守秘義務について

職員は業務上知り得た、利用者、家族に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩することはしません。守秘義務は、就業中及び退職後も遵守します。

【説明確認欄】 令和 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 岐阜県恵那市長島町永田 382 番地 113  
名称 社会福祉法人 恵和会 えな訪問看護ステーション  
看護師 下川千穂 ㊞

サービス契約の締結にあたり、上記の者に説明を受けました。

利用者 住所  
氏名 ㊞

家族又は代理人  
住所  
氏名  
続柄 ㊞