

重要事項説明書

(指定訪問看護)

1. 事業者(法人)の概要

事業者名	株式会社 ASLINO
主たる事務所の所在地	〒901-1117 沖縄県島尻郡南風原町津嘉山 1293-2
代表者(職名・氏名)	外間 千華
設立年月日	令和 5 年 12 月 6 日
電話番号	098-996-9555

2. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーションアスリノ
所在地	〒900-0022 沖縄県那覇市樋川 2-2-5 606
電話番号	080-9854-4657
管理者名	ド 彩乃

3. 事業所の職員体制

職 種	看護師	人 員
管理者	管理者は業務全般を一元的に管理します。	0.5 名 (常勤)
看護師	主治医より訪問看護指示書を受けた後、利用者の状態に合わせ、必要に応じたサービスを提供します。	2.5 名以上 (常勤) * (非常勤)

4. 営業日及び営業時間

営業日	営業時間
月曜日～金曜日まで	8 時 30 分～17 時 30 分まで 24 時間対応とする

※利用者の状況に応じて、必要な場合には営業時間以外でのサービス提供も行っています。

5. 提供するサービスの内容

- (1) 健康状態の観察(血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察)
- (2) 日常生活の看護(清潔・排泄・食事など)
- (3) 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)
- (4) 療養生活や介護方法の指導
- (5) 認知症の介護・お世話と悪化防止の相談
- (6) 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

6. サービス利用料及び利用者負担 ⇒ 別紙参照

7. 事業所におけるサービス提供方針

- (1) 指定訪問看護の実施にあたっては、主治医の指示のもと、利用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、全体的な日常動作の維持・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。

- (2) 指定訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図ります。

8. サービス提供の記録等

- (1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問看護記録」等を書面にて記載します。
 (2) 事業者は、一定期間ごとに「訪問看護計画書」の内容に沿って、サービス提供の状況、目標達成等の状況等に関する「訪問看護記録書」その他の記録を作成します。
 (3) 事業者は、前記「訪問看護記録書」その他の記録を、サービス終了日から5年間は適正に保管し、ご利用者の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担によりその写しを交付します。

9. 利用者負担金

- (1) 利用者からいただく利用者負担金は、別表のとおりになります。
 (2) この金額は、医療保険制度に基づく金額になります。
 (3) 医療保険対象外の実費は、全額自己負担となります。
 (4) 利用者負担金は、毎月 10 日にご指定の金融機関の口座から引落となります。

10. キャンセル

サービスの利用を中止する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

ステーション名：訪問看護ステーションアスリノ 電話番号 080-9854-4657

11. 秘密保持

事業所及び看護師等は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を洩らしません。但し、訪問看護計画の作成や市町村の実施する保険福祉サービスの連携をするにあたり、関係者に開示しなければならない情報については、事前に利用者又はその家族から文書で同意を得るものとします。

12. 相談窓口、苦情対応

事業所のサービスに関する相談や苦情対応については、次の窓口で対応いたします。

電話番号	080-9854-4657	FAX番号	098-996-9500
担当者	管理者 外間 千華		
その他	相談・苦情については、管理者及び担当の看護師等が対応します。不在の場合でも、対応した者が必ず「苦情相談記録表」を作成し、管理者、担当者を引き継ぎます。		

13. その他

サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取扱いはいたしかねますので、ご了承ください。
 ② 看護師等は、健康保険法等に基づいて、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います。それ以外のサービスについてはお受けいたしかねますので、ご了承ください。
 ③ 看護師等に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

年 月 日

【説明確認欄】 私は以上のとおり重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

<利用者> 住 所 _____

氏 名 _____ ㊞

※上記代理人(代理人を選任した場合)

住 所 _____

氏 名 _____ ㊟

【説明確認欄】 以上のとおり重要事項について文書を交付し、説明しました。

<事業主>

(事業者)

住 所 沖縄県島尻郡南風原町津嘉山 1293-2

事業者名 株式会社 ASLINO

代表者 外間 千華 ㊟

(事業所名)

住 所 沖縄県那覇市樋川 1-4-14 606

事業所名 訪問看護ステーションアスリノ

管理者名 外間 千華

説明者 氏 名 _____ ㊟