

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

1 雨晴クリニックの概要

名 称 ・ 法 人 種 別	医療法人社団 明寿会
代 表 者 名	理事長 坪田 聡
本社所在地・連絡先	（住所） 富山県高岡市太田桜谷23-1 （電話） 0 7 6 6－4 4－8 0 6 0 （FAX） 0 7 6 6－4 4－8 0 6 2

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事 業 所 名	雨晴クリニック
所在地・連絡先	（住所） 富山県高岡市太田桜谷23-1 （電話） 0 7 6 6－4 4－8 0 6 1 （FAX） 0 7 6 6－4 4－8 0 6 2
事 業 所 番 号	
管 理 者 の 氏 名	院長 福田英道

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数（人）	区分	
		常勤(人)	非常勤(人)
管 理 者	1	1	0
看護師	1	1	0
事務	1	1	0

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	高岡市、氷見市
---------	---------

※ ※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

※

(4) 営業日

営業日	営業時間
平 日	8：30～17：30
土曜日	8：30～12：30

営業しない日	日曜日・祝日・8月15日～16日・12月31日～1月3日
--------	------------------------------

3 運営の方針

- (1) 訪問看護の実施に当たっては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。
- (2) 事業の実施に当たっては、地域の保険・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、総合的な支援を心がけます。

4 サービスの内容

(1) 「訪問看護」は利用者の居宅において看護師その他の省令で定める者が療養上の世話又は必要な診療の補助を行うサービスで、主治医の指示に基づき次の内容のサービスを行います。

- ① 病状・全身状態の観察 ②清拭・洗髪等による清潔の保持 ③食事及び排泄日常生活の世話 ④褥瘡の予防 ⑤リハビリテーション ⑥ターミナルケア ⑦認知症の看護
- ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテルの管理 ⑩その他医師の指示による医療処置
- (3) 事業者は、利用者のご希望する日程により訪問看護サービスを提供します。

5 虐待の防止

当施設は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の発生または、その再発を防止するために、次にあげる通り必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者を選定します。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者が支援にあたって悩みや苦悩を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。
- (4) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (5) 虐待防止のための指針の整備をします。
- (6) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (7) サービス提供中に、当該施設従業者または養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待をうけたと思われるご利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

6 利用者負担金

別記

7 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口責任者 看護師 金子真弓 利用時間 ８：３０～１７：３０ 利用方法 電話（０７６６―４４―８０６０） 面接（当事業所2階雨晴クリニック）
----------	---

苦情受付窓口

医療法人社団明寿会 （高岡市太田桜谷２３－１）

事務長 山本大輔

F A X ０７６６－４４－８０６２

E－M a i l himi8@meijukai.com

主治医	病 院 名	雨晴クリニック
	及 び	
	所 在 地	富山県高岡市太田桜谷23-1
	氏 名	坪田 聡
	電話番号	0766-44-8060

担当スタッフの体調不良などにより、やむを得ずサービスを中止する場合や時間変更となる場合には、事前または当日電話にて担当者からご連絡いたします。

８ 利用者へのお願い

サービス利用の際には、居宅サービス計画書を作成する介護支援専門員を通して、医療保険被保険者証を提示してください。（変更が生じた場合も含む）

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者

住 所 富山県高岡市太田桜谷23-1

事業者（法人）名 医療法人社団 明寿会

事業所名 雨晴クリニック

事業所番号 1670201654

代表者名 院長 福田英道

説明者

職 名

氏 名

印

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

平成 年 月 日

利用者	住 所	
	氏 名	印
代理人 1	住 所	
	氏 名	印
代理人 2	住 所	
	氏 名	印