

# 【リハビリ訪問看護 溪】

## 重要事項説明書

令和6年7月16日現在

当事業所は健康保険(医療保険)の指定を受けています

### 1. 事業者

法人名 : 株式会社 リフラックス・ケア・サービス  
法人所在地 : 埼玉県加須市馬内 554 番地 1  
電話番号 : 0480-44-9876  
代表者氏名 : 代表取締役 小椋 正格  
設立年月日 : 平成 21 年 7 月 14 日

### 2. 事業所の概要

事業所の種類 : 指定訪問看護事業所・平成 27 年 6 月 1 日  
事業所の名称 : リハビリ訪問看護 溪  
事業所の所在地 : 埼玉県熊谷市広瀬 390 - 6 石井第 2 ビル 2F  
事業所の電話番号 : 048-578-8731  
事業所番号 : 1163190154  
営業日 : 月曜日～金曜日  
\*ただし、国民の祝日及び 12 月 30 日～1 月 3 日までを除く。  
営業時間 : 8:30～17:30  
実施地域 : 熊谷市、深谷市、行田市  
事業所長(管理者の氏名) : 根岸 美保

上記以外の営業時間、曜日でも可能です。お気軽にご相談下さい。

#### (1) 事業所の目的

株式会社リフラックス・ケア・サービスが開設するリハビリ訪問看護 溪事業所(以下「事業所」という。)が行う訪問看護事業(以下「事業」という。)の適正な運営を確保する為に人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員はかかりつけの医師が指定老人訪問看護又は、指定訪問看護(以下「訪問看護」という。)の必要を認めた場合、利用者に対し適正な訪問看護事業を提供することを目的とする。

## (2) 当事業所の運営方針

- ① 事業所の看護師等は、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する機能に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、その療養生活を支援し心身機能の維持・回復を目指す。
- ② 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

## 3. 訪問看護サービスの相談窓口

担当者：訪問看護師又は、担当者（管理者：根岸 美保）が対応いたします。  
月曜日～金曜日 8:30～17:30

## 4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して訪問看護を提供する職員として、以下の職種を配置しています。

事業所に勤務する職員の職種、員数、及び職務内容は次のとおりとする。

- ① 管理者：看護師 1名（常勤兼務職員）  
事業所の従事者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- ② 看護職員：看護職 3名以上（うち1名は管理者）  
訪問看護計画書および報告書を作成し、訪問看護の提供に当たる。
- ③ 理学療法士：1名以上  
リハビリテーション評価・訓練・指導を行い、計画書および報告書を作成する。

## 5. サービス内容

訪問看護の内容は次のとおりとする。

- ① 病状、障害の観察
  - ② 清拭、洗髪等による清潔の保持
  - ③ 食事および排泄等、日常生活の世話
  - ④ 褥創の予防および処置
  - ⑤ リハビリテーション
- ※ 理学療法士が訪問看護を提供している利用者様については、  
当事業所の看護師が月1回の定期的な訪問を行います。
- ⑥ ターミナルケア
  - ⑦ 認知症患者の看護
  - ⑧ 療養生活や介護方法の指導
  - ⑨ カテーテル等の管理
  - ⑩ その他医師の指示による医療処置

## 6. ご利用回数

医療保険対象の利用者は、週 3 日までを原則とします。厚生労働大臣が定める疾病等、末期の悪性腫瘍の場合は週 4 日以降も可能です。但し、頻回の訪問看護を必要とする期間と認められた場合、14 日間に限り特別訪問看護指示書（月 1 回）により毎日の訪問が可能です。

※ 別に厚生労働大臣が定める対象者については月 2 回可能となります。

## 7. 利用料

別紙 

料金表
-----

 【介護】  
【介護予防】  
【医療】 参照

## 8. 利用者負担金

(1) 利用者のお住まいでサービスを提供する為に使用するガス・電気等の費用は、利用者負担となります。

(2) 訪問看護療養費にかかわる利用者負担金は、各種保険の種類によって異なります。

(3) 運営基準で定められた「その他の費用」

別紙 

料金表
-----

 【自費】 参照

(4) その他

自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。※手数料は自己負担とします。

A 振り込み（翌月末までに支払い願います。）

B 口座振替（27 日引き落とし土日祝日は翌営業日となります。）

## 9. 訪問看護指示書にかかる負担料金

(1) 訪問看護サービスを開始するにあたり、主治医からの情報提供及び指示を受けてからのサービス提供となります。

(2) 担当者が主治医に依頼し作成して頂きます。これを「訪問看護指示書」といいますが、作成にあたり負担料金が発生いたします。負担料金は健康保険証の負担割合により異なります。（お支払いは、病院窓口をお願いいたします。）

(3) 訪問看護指示書には有効期間があり、期間満了日には再度主治医に作成を依頼することになります。作成毎に医療機関より請求がありますのでご了承ください。

## 10. 緊急時の対応

サービスの提供を行っている際に、利用者の病変及び事故が生じた場合必要な措置を講じると共に以下の対応を行います。

- ① 契約時に教えて頂く家族ないし緊急連絡先及び担当ケアマネージャーへ連絡致します。
- ② 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合がございます。
- ③ 急を要する場合は事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合がございます。

## 11. 虐待防止に関する事項

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとする。

## 12. その他

サービス提供の際の事故トラブルを避けるため、次の事項に留意ください。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借などの金銭の取り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、利用者の心身機能の維持回復のために療養上の世話や診療の補助をおこなうこととされています。それ以外の業務は認められていませんので、ご了承下さい。
- 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。
- ④ 感染予防のため処置及びケア時は、ゴム手袋を使用させていただきます。また、終了後は手洗いをさせていただく場合もありますのでご了承下さい。

## 13. 非常災害対策

救助 → 救護 → 避難の必要な対応を行います。

例として

- 火気の点検と始末
- 家屋倒壊、浸水の危険、避難勧告が出された場合、利用者を安全な場所、避難所に誘導
- 各事業所、家族へ連絡
- 重傷者の受け入れ先確保及び搬送（先までのルートの安全確認）
- 事業所間の連絡（応援体制）

#### 1 4. 相談窓口 苦情対応

(1) 利用者又は、その家族は提供された訪問看護サービスに苦情がある場合、下記の相談窓口で苦情を申し立てる事ができます。

- 名称 リハビリ訪問看護 溪
- 電話番号 048-578-8731
- 担当者 根岸 美保 (時間 8:30~17:30)

(2) 利用者又は、その家族は介護保険法令に従い、市町村および国民健康保険団体連合会等の苦情申立機関に苦情を申し立てる事ができます。

- 埼玉県国民健康保険団体連合会 電話番号 : 048-824-2568
- 大里広域市町村圏組合 電話番号 : 048-501-1330
- 熊谷市長寿いきがい課 電話番号 : 048-524-1111
- 行田市高齢福祉課 電話番号 : 048-556-1111
- 深谷市長寿福祉課 電話番号 : 048-571-8544

(3) 苦情処理の手順・体制は次の通りと致します。

- ① 苦情処理台帳に記載致します。
- ② 苦情についての事実確認を行います。
- ③ 苦情処理方法を記載し、管理者決裁と致します。
- ④ 苦情処理について関係者と連携を行います。
- ⑤ 苦情処理の改善について、利用者に確認を行います。
- ⑥ 苦情処理は、1日以内に行われることを原則と致します。
- ⑦ 苦情処理についての結果等を台帳に記載致します。

#### 1 5. 実習生の受け入れについて

当事務所は、看護学生の実習受け入れ先となっています。

#### 1 6. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

- ・ 保険会社名：あいおいニッセイ同和損保保険株式会社
- ・ プラン名：訪問介護事業者プラン

## 17. 個人情報提供

サービス提供にあたり、サービス提供機関との連携を図る事を目的に、利用者及びその家族の個人情報を用いる事に同意します。

令和 年 月 日

家族代表者氏名 印

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

株式会社 リフラックス・ケア・サービス  
リハビリ訪問看護 溪  
説明者職員

氏名 印

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、訪問看護の提供開始に同意し受領しました。

利用者住所

氏名 印

代理人住所

氏名 印