

医療法人 千寿会

訪問看護ステーション

重要事項説明書

1 事業の概要

(1) 事業者名称等

事業者名称	医療法人 千寿会
所在地	福井市川合鷺塚町 49-6-1
法人種別	医療法人
代表者名	片山 外一
電話番号	0776-55-1800

(2) 事業所名称等及び提供できるサービスの地域

事業所名称	千寿訪問看護ステーション
所在地	福井市川合鷺塚町 49-5
指定番号	1860190352
法人種別	医療法人
代表者名	安達 邦江
電話番号	0776-55-1050
サービスを提供する地域	福井市、坂井市

*福井市・坂井市以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(3) 職員体制

	資格	人数
管理者	看護師	常勤 1名(兼)
従事者	看護師	常勤 2.5名以上(管理者含む)

2 事業の運営方針

- (1) 利用者が可能な限り居宅において、自立した日常生活ができるよう療養生活を支援し、心身機能の維持を図ります。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、及び他の居宅サービス事業者、保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者と密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

(3) 質の良い訪問看護サービスを提供するため訪問看護職員の研修を定期的に行い、資質の向上を図ります。

3 (1) 営業日・時間

営業日	月曜～土曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
休日	12 月 30 日から 1 月 3 日、8 月 15 日及び国民の祝日、日曜日

(2) サービス提供時間

●営業日・営業時間以外は、24 時間対応体制を取っておりますので、緊急時など時間外連絡対応いたします。必要時は訪問も致します。ただし、時間外の場合は利用料が異なります。(利用料金については、料金表を参照して下さい。)

時間帯については、下記を参照して下さい。

- ・ 早朝時間帯・・・午前 6 時～午前 8 時
- ・ 夜間時間帯・・・午後 6 時～午後 10 時
- ・ 深夜時間帯・・・午後 10 時～午前 6 時

4 サービス提供内容

- ① 病状・障害の観察
- ② 清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③ 食事及び排泄等日常生活の世話
- ④ 褥瘡の予防・処置
- ⑤ ターミナルケア
- ⑥ 認知症患者・精神疾患患者の看護
- ⑦ 療養生活や介護方法の指導
- ⑧ カテーテル等の管理
- ⑨ その他主治医の指示による医療処置

5 利用料金

(1) 利用料

ア. 介護保険からの給付サービスを利用する場合は、基本料金表のうち各利用者の負担割合に応じた負担額となります。

但し、介護保険の給付範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

イ. 医療保険からの給付サービスを利用する場合は、所得や年齢に応じ基本料金表の 1 割から 3 割の負担となります。ただし、料金表の「その他」の部分については、実費負担となります。

訪問看護ステーション料金表

介護保険の地域単価	地域区分 7 級地⇒1 単位 10.21 円
利用料金及び加算	料金表 別表

(2) 料金のお支払い方法

事業者は利用者の指定する送付先に対し、当月利用料金の合計額の請求書及び明細書を翌月 15 日前後に送付します。

利用者は事業所に対し当該利用料金合計額を請求書送付月の 27 日までに支払うものとし、なお、支払方法は金融機関自動引落とします。

(3) 償還払いについて

保険料の滞納等により、保険給付が直接事業所に支払われない場合はサービス提供料金を全額支払して頂きます。当事業所からの領収書を、後日市町村の窓口へ提出すれば払い戻しを受けられます。

6 交通費

サービスを提供する地域にお住まいの方の交通費は無料です。

○介護保険適用で、事業実施地域を越えて中山間地域に居住する利用者にサービス実施した場合は所定単位数の 5% を加算いたします。

○医療保険適用で、事業実施地域を越えて訪問を行う場合には交通費を徴収させていただきます。

7 キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。(連絡先：0776-55-1050)

サービス提供当日までに、キャンセルの連絡がなかった場合には、提供するサービスに係る自己負担をお支払いいただきます。

8 サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

まずはお電話でお申し込み下さい。事業所の看護職員がお伺いたします。

訪問看護計画作成と同時に契約を結び、サービスの提供を開始します。

* 居宅サービス計画の作成を依頼している場合は、事前に介護支援専門員とご相談下さい。

(2) サービスの終了及び中止・変更・追加

① 利用者からサービス終了を希望する場合

サービスの終了を希望する日の 7 日前までにお申し出下さい。

② サービスの即時終了

次の場合に該当する場合は、直ちにサービスを終了します。

- 利用者が死亡された場合
- 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定された時

- 事業所の都合によりサービスを終了する時
- 事業者からの正当な事由による利用料金の変更に応じられない時
- 事業者が守秘義務に反した場合
- 事業者が利用者に対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合
- 利用者が契約時、自身の病歴等の重要事項について、不実な告知等を行った場合
- 利用者が、サービス使用料金の支払いを1ヶ月以上延滞し、事業者が料金を支払うよう頻回に催促したにもかかわらずお支払いにならない場合
- 利用者が当事業所に対して本契約書を継続しがたいほどの背信行為を行った場合

③ サービスの中止・変更・追加

- 利用者からの申し出に対して、協議の上決定します。

9 事故発生時・緊急時の対応方法

サービスの提供中に万が一事故が発生したり、病状の急変等があった場合は、必要に応じて緊急措置を行い、主治医・救急隊・親族・居宅支援事業所等に連絡します。

10 損害賠償

事業者は、利用者に対する訪問看護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し利用者や扶養者に生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

但し、利用者や扶養者に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずる事が出来ます。

11 秘密保持

事業者は、訪問看護サービスを提供する上で知り得た利用者及び扶養者に関する事項を正当な事由なく第三者に漏洩しません。

事業者は、利用者に係る他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な事由がある場合には、事前に利用者及び扶養者からの同意を得て同意書を作成した上で執り行います。

12 苦情対応・相談窓口

事業所は、利用者からの相談、苦情等に対する窓口を設置し、訪問看護サービスに関する利用者の要望、苦情に対し、迅速に対応します。

訪問看護ステーション

担当： 安達 邦江 電話： 0776-55-1050

外部苦情処理相談窓口

福井県国民健康保険団体連合会		(0776-57-1611)
----------------	--	----------------

各市町村

福井市	介護保険課	(0776-20-5715)
坂井市	高齢福祉課	(0776-50-3040)
坂井地区広域連合	介護保険課	(0776-91-3309)

1.3 社会情勢及び天災時の訪問看護について

- (1) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害等著しい社会秩序の混乱などにより、日程・時間の調整をさせていただくことがあります。また、緊急時は他事業所での対応になる事もあります。
- (2) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害等著しい社会秩序の混乱などにより、ステーションの業務の履行が遅延もしくは不能になった場合、それによる損害賠償責任を負わないものとします。

1.4 虐待の防止について

- (1) 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、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 苦情解決対策等の指針を整備しています。
- (3) 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を、定期的実施しています。
- (4) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (5) サービス提供中に、当該事業所職員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に擁護するもの）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

1.5 衛生管理等について

- (1) 感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を作成します。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を実施します。
- (4) 看護師の清潔の保持および健康状態について、必要な管理を行います。
- (5) 事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

1.6 業務継続計画の策定等

- (1) 感染症及び災害に係る業務継続計画を作成します。
- (2) 感染症及び災害に係る研修会を定期的（年1回以上）に行います。
- (3) 感染症及び災害が発生した場合において、迅速に行動できるよう訓練を実施します。

17 ハラスメント対策

事業所におけるセクシャルハラスメントやパワーハラスメントを防止するための措置を講じ健全な職場環境としています。また、利用者やその家族からのカスタマーハラスメントについても適切な対応に努めます。

当事業者は、訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

サービス事業所

所在地： 福井市川合鷺塚町 49-5

名称： 千寿訪問看護ステーション

説明者 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者の代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____