

訪問看護重要事項説明書

訪問看護サービスの契約締結にあたっては、「訪問看護重要事項説明書」に基づいて説明を受け、その内容についてご確認のうえ、同意される場合は、当該書類に署名若しくは記名捺印をお願いいたします。

なお、心身の状況により、署名等又はご判断等に支障がある場合は、ご家族又は成年後見人等の方が代理で署名若しくは記名捺印等の契約手続きをお願いいたします。

1. サービスの提供主体

訪問看護事業者	
名称	FULL LOVE ゆうゆう株式会社
代表者	代表取締役 草場 由美
所在地	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号
電話番号	092-861-9765

2. 事業所運営の基本方針

- (1)ご利用者の心身の状況等に応じて、居宅において自立した日常生活を営むことができるよう支援することを目的とし、居宅介護サービス計画に基づいて訪問看護計画を作成し、適切に訪問看護サービスを実施いたします。
- (2)適切なサービスの提供のために、関係市区町村、主治医、地域のサービス提供事業者等との密接な連携をはかり、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 訪問看護サービスを提供する事業所の概要

福岡県より指定訪問介護事業所の指定を受け、次の体制のもとに訪問看護サービスを提供いたします。

- (1)訪問看護サービス事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所名	訪問看護ステーション玉手箱
所在地	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号
介護保険指定番号	指定訪問看護事業所 (4061192615)号
通常のサービス提供地域	福岡市 城南区、南区、博多区、中央区

- (2)サービスの提供相談窓口連絡先及び営業日・時間

電話番号	092-861-9765
営業日・時間	月曜日～土曜日(12/30～1/3 除く) 9:00～18:00 但し、訪問看護サービスのご利用につきましては、上記時間以外でも承ります。

- (3)事業所の職員体制(人数)

資格	管理者	訪問看護員	
	常勤	常勤	非常勤
看護師	1 人	1 人	1 人
保健師	人	人	人
准看護師	人	1 人	2 人
理学療法士	人	人	1 人
作業療法士	人	人	人

4. サービス内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護ステーションの看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。また、必要に応じて理学療法士や作業療法士が訪問し、リハビリ治療を行います。

5. 訪問看護サービスの利用料

(1) 自己負担額

利用料は、介護保険法の定める介護報酬の額をもとに計算され、介護保険負担割合証に応じた額が利用者負担となります。なお、健康保険の場合は診療報酬の額によります。

(2) 利用料の変更

介護保険法等の改正により、利用料が変更になる場合は、文書等でお知らせします。

(3) 利用料の金額例

ご負担いただく具体的な金額については、別紙料金表でご確認ください。

料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者の居宅サービス計画に定められたサービスに係る標準的な時間を基準とします。

(4) サービス提供のための電気代等

ご利用者の自宅において、訪問看護員がサービスを提供するために必要なガス、水道、電気、電話等の費用は、ご利用者の負担になります。

(5) 要介護認定前のサービスの実施

要介護認定の申請日以降、要介護認定前でもサービスをご利用できます。但し、認定結果によって利用額が利用限度額を超えた場合、その超えた金額は、ご利用者に負担していただくことになります。

6. サービスの利用を中止する場合のキャンセル料

利用日の前日までに連絡がなかった場合	1000 円
利用日の前日までに連絡があった場合	キャンセル料不要

※但し、ご利用者の病状の急変又は急な入院等による場合は、キャンセル料は不要です。

7. 利用料の支払い方法

ご利用月ごとに実績を集計し、その前々月分を請求いたします。なお、事前に料金の内訳を記載した利用請求書を送付します。請求額につきましては、毎月 15 日（銀行休日の場合翌営業日）に指定口座よりお振替にてお支払いいただきます（手数料弊社負担）。口座登録前及び、残高不足等でお振替ができなかった場合は指定口座へお振込み（手数料ご利用者様負担）にてお支払いいただきます。

8. 訪問看護計画の作成及び事後評価

看護師が、利用者の直面している課題等を評価し、主治医の指示及び利用者の希望を踏まえて訪問看護計画を作成します。また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面に記載して、利用者に説明の上、当該書面を交付します。

9. 個人情報の保護

(1) 情報の保護および利用の制限

当事業所は、業務上知り得たご利用者及びご家族等の個人情報を、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。

ただし、ご契約に基づくサービスを提供するうえで必要な場合、「個人情報使用同意書」に定められた範囲内で必要な情報を提供させていただきますので、予めご理解ください。

(2) 個人情報の利用目的の変更

次に記載される事項に該当する場合は、必要とされる情報を提供するとともに、利用目的の変更についてご連絡いたします。

ア、法令に基づく場合。

イ、人の生命、身体又は財産の保護のために必要であって、事前に同意を得ることが困難であるとき。

ウ、国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が、法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある、ご利用者の同意を得ることにより、当該事務の遂行に支障を及ぼすと判断したとき。

(3) 守秘義務の継続

守秘義務は、ご利用者と事業者の契約が終了した後も遵守いたします。

10. 緊急時及び事故発生時の対応

(1) ご利用者の病状の急変、その他必要な場合には、医療機関及びご家族並びに必要と判断される関係者等に直ちに連絡し、必要な措置を講じます。

- (2)ご利用者に対するサービスの提供に関して事故が発生した場合には、直ちにご利用者又はご家族にご連絡いたします。合わせて、保険者(区市町村)にも連絡し、事故の原因を解明するとともに再発を防ぐための対策を講じます。
- (3)事業所は、サービス提供に伴って、事業所の責めに帰すべき事由により、賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

11. サービス内容に関する相談・苦情等の対応体制

- (1)次の事項について、ご相談や苦情等がある場合、事業所の窓口までご遠慮なくお申し出ください。

ア、事業所が提供するサービスについて。

イ、居宅サービス計画に基づいて提供している各種サービスについて。

- (2)営業時間及びサービスの提供相談窓口連絡先

所在地	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号		
電話番号	092-861-9765	FAX 番号	092-861-9764
営業時間	9:00～18:00		
担当者役職・氏名	管理者 草場 由美		

- (3)当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについて下記の窓口でも受け付けています。

福岡市博多区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市博多区博多駅前 2 丁目 9-3
	電話番号	0 9 2 - 4 1 9 - 1 0 8 1
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市早良区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市早良区百道 2 丁目 1-1
	電話番号	0 9 2 - 8 3 3 - 4 3 5 5
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市中央区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市中央区大名 2 丁目 5-31
	電話番号	0 9 2 - 7 1 8 - 1 1 0 2
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市東区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市東区箱崎 2 丁目 54-1
	電話番号	0 9 2 - 6 4 5 - 1 0 6 9
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市西区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市西区内浜 1 丁目 4-1
	電話番号	0 9 2 - 8 9 5 - 7 0 6 3
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市南区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市南区塩原 3 丁目 25-1
	電話番号	0 9 2 - 5 5 9 - 5 1 2 5
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡市城南区役所 福祉・介護保険課 介護サービス係	所在地	福岡市城南区鳥飼 6 丁目 1-1
	電話番号	0 9 2 - 8 3 3 - 4 1 0 2
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)
福岡県 国民健康保険団体連合会 介護保険相談窓口	所在地	福岡市博多区吉塚本町 13-47
	電話番号	0 9 2 - 6 4 2 - 7 8 5 9
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 (土・日・祝日、年末年始は休業)

- (4)相談・苦情対応方法

ア、相談・苦情のお申し出があったときには、お申し出の内容について、真摯に受け止め、懇切丁寧に対応いたします。

イ、お申し出内容につきましては、正確に把握するために、ご利用者の自宅にお伺いし、関係する方々に直接確認を行う場合がありますのでご了承ください。

ウ、対応結果につきましては、文書又は口頭で回答させていただきます。なお、必要に応じて、市区町村に報告いたします。

事業者は、訪問看護サービスの提供開始にあたり、利用者又は代理人に対して、本書面に基づく重要事項の説明を行いました。

西暦 年 月 日

事業者

事業者名	FULL LOVE ゆうゆう株式会社
所在地	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号
事業所名	訪問看護ステーション玉手箱
所在地	福岡県福岡市城南区片江 1 丁目 11 番 1 号
管理者	草場 由美
説明者	

利用者又は代理人は、事業者から訪問看護サービスの提供に関する重要事項について説明を受け、了承しました。

西暦 年 月 日

利用者

住所	
署名	

契約者

住所	
署名	
関係	

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者

住所	
署名	
関係	