

訪問看護重要事項説明書

1. 事業所の概要

事業所名	よつば訪問看護ステーション
所在地	千葉県南房総市高崎 1288 - 2
介護保険指定番号	訪問看護 (千葉県 1265190038 号)
管理者	川名 智明
連絡先	① 090-8812-4280 ②0470-29-3515
サービスを提供する地域 *	館山市、南房総市、鋸南町

* 上記地域以外の方も希望の方はご相談ください。

2. 事業所の職員体制

(1) 管理者 1名 (看護師)

管理者は、所属職員を指導監督し、適切な事業の運営が行われるように総括する。

(2) 職員 常勤換算で2.5名以上の看護師または准看護師が、常にいるような配置になっている。

訪問看護計画書および報告書を作成し、訪問看護を担当する。

(3) 事務職員 1名以上

必要な事務を行う。

事業所は、緊急時訪問看護加算 (24 時間対応体制加算)、特別管理加算 (重症者管理加算) を算定できる体制をとっております。

3. 営業時間

(1) 営業日 日曜日から土曜日まで祝日も含み営業。

(2) 営業時間 午前8時30分から午後5時30分までとする。

(3) 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

4. 利用料金及びサービス利用者負担金

(1) サービス利用料及び利用者負担金については別紙の料金表によります。

(2) サービスを提供するために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者のご負担になります。

5. キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用を中止する際には、すみやかに下記の連絡先までご連絡下さい。

連絡先の電話番号：①090-8812-4280 ②0470-29-3515

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービス利用の前日までにご連絡下さい。当日のキャンセルは、利用者負担金の100%相当額のキャンセル料を申し受けることとなります。(ただし、利用者の容態の急変など、緊急の場合や、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。)

6. 事故発生時の対応等

サービスの提供により事故が発生した場合は、市区町村、当該利用者の家族、当該利用者に係わる居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、事故の状況及び事故に際してとった処置を記録し、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

7. 緊急時の対応

- (1) サービスの提供を行っている時に利用者の病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡等を行います。
- (2) 緊急時訪問看護加算（24 時間対応体制加算）に同意された場合に限り、サービスの提供を行っていない時にも常時電話連絡を取ることができます。

8. 秘密保持

- (1) 業務上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報を、利用者又は第三者の生命、身体等の危険防止の為など正当な理由がある場合を除いて契約期間中及び契約期間終了後も第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文書等により利用者の同意を得た場合は、前項の規定にかかわらず介護支援事業者との連絡調整その他必要な範囲内で、同意した個人情報を利用できるものとします。

9. 当事業所のサービス方針等

当事業所の理念は、ご利用者様らしい生活を送ることができるよう支援することです。

その為に、ご利用者様の心身の特性を踏まえ、ご要望に応えられるよう努めるものと致します。サービスの提供にあたっては、関係各機関と連携を図らせていただきます。

10. 相談・苦情窓口

- (1) 当事業所お客様相談・苦情担当

担 当	川名 智明
電話番号	090-8812-4280
F A X	0470-29-3516

- (3) 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- (4)

館 山 市	0470-22-3489 (高齢者福祉課 事業者支援係)
南 房 総 市	0470-36-1152 (高齢者支援課 介護保険係)
安房郡鋸南町	0470-50-1172 (保健福祉課 福祉支援室)
富 津 市	0439-80-1262 (健康福祉部介護福祉課)
鴨 川 市	04-7093-7111 (健康推進課介護保険係)
千葉県国民健康保険団体連合会	043-254-7428 (介護保険課 苦情処理係)

11. 当事業所の概要

名 称	株式会社 Clover
代 表 名	代表取締役 川名智明
所 在 地	千葉県南房総市市部 759-1
業務の内容	訪問看護

年 月 日

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。

〈事業者〉株式会社 Clover

〈住所〉千葉県南房総市 759-1

〈代表者名〉代表取締役 川名智明

印

〈事業所名〉よつば訪問看護ステーション

〈住所〉千葉県高崎 1288-2

〈管理者名〉川名 智明

印

〈説明者〉

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、サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名

印

(代筆者 氏名

続柄

)

保証人 住所

氏名

印