

重要事項説明書（医療保険）

1 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名 ニコニコ訪問看護ステーション
所在地 秋田市下新城野字琵琶沼124番地1
連絡先 018-873-6171
管理者名 武田 美和
サービス種類 訪問看護
介護保険指定番号 05600190092

サービス提供地域 秋田市、潟上市、井川町、五城目町

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(2) 営業時間

平日 午前8時30～午後5時
土曜日 午前8時30～12時30分
定休日 日曜日、祝祭日、年末年始（12/30～1/3）

(3) 職員体制

	常勤	非常勤	計
管理者	<u>1</u>		<u>1</u>
看護師		<u>1</u>	<u>1</u>
准看護師	<u>1</u>		<u>1</u>
理学療法士			
作業療法士			
言語聴覚士			

2 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL : 018-873-6171

担当部署：訪問看護ステーション

担当者：武田 美和

受付時間：午前9:00～午後5:00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村、国民健康保険団体連合会でも受付けております。

***当事業所以外でのサービスの内容に関する相談・苦情窓口**

***秋田県国民健康保険団体連合会**

苦情相談窓口	
電話/FAX	018-862-6864
住所	
相談受付日	月～金曜日9：00～17：00（12：00～13：00を除く） *土日祝日及び12月29日～31日並びに1月2日・3日を除く

***その他各地域における相談・苦情窓口**

地域	苦情相談窓口	電話番号
秋田県福祉保健部長寿福祉部		018-860-1361

3 事業の目的・運営方針

(1) 目的

主治医より訪問看護が必要と判断されたご利用者様に対し、訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

(2) 運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護サービスを提供します。訪問看護のサービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4 利用料金

(1) ・利用としていただく利用者負担金は医療保険の法定利用料に基づく金額で利用料金表のとおりです。

・利用者はニコニコ訪問看護ステーション利用料金表(別紙)に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料及び、サービスを提供する上で別途必要になった費用を支払うものとします。

・キャンセル料は請求してません。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域を越える場合は、下記の交通費をいただきます。

(消費税別途必要) 交通費 片道20Km以上につき 500円

(3) 利用料金などのお支払方法

毎月月末締めとし、当該月分のご利用料金を翌月15日までにお伝えいたしますので、同月27日までにお支払ください。

当ステーションでは、お振込み、病院窓口によるお支払いをお願いしています。

5 サービスのご利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成と同時に契約を結んだ後、サービス提供を開始いたします。まずはお電話などでお申し込みください。

(2) サービスの終了

① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに、事業所までお申し出ください。

② 当事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、当事業所からのサービス提供を終了させていただく場合があります。その場合は、終了日の1ヶ月までに、文書で通知いたします。

③ ご利用者様が介護保険施設等に入所した場合や、亡くなられた場合等

④ 契約解除

・当事業所が、正当な理由なくサービスを提供しない場合・守秘義務に反した場合・ご利用者様やご家族様などに対して、社会通念を逸脱する行為を行った場合や、当事業所が破産した場合は、文書で通知することで、ご利用者様は即座に契約を解約することができます。

・ご利用者様が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず30日以内に支払われない場合や、当事業所や当事業所のサービス従事者に対して、本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することで、当事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

(3) その他

- ・ご利用者様が、病気・怪我などで健康上に問題がある場合や、サービス当日の健康チェックの結果、体調が悪い場合は、サービスの変更する場合があります。
- ・訪問看護のサービスご利用中に体調が悪くなった場合は、サービスを中止変更する場合があります。その場合は、ご家族様または緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を適切に行います。
- ・ご利用者様に、他のご利用者様の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所に申告してください。
- ・暴風警報や風雪警報など天候がきわめて不良の場合は、ご連絡したうえで、訪問を見合わせまたは振替える場合があります。

6 緊急時の対応方法

当事業所におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病 院 名	
	主治医氏名	
	連 絡 先	
ご家族 (第1連絡 先)	フリガナ 氏 名	(続柄：)
	ご連絡先	ご住所 (一)
		ご自宅電話番号： 携帯電話など：
ご家族 (第2連絡 先)	フリガナ 氏 名	(続柄：)
	ご連絡先	ご住所 (一)
		ご自宅電話番号： 携帯電話など：
主治医・ご家族などへの 連絡基準		

【事業者】

住所 : 秋田市下新城野字琵琶沼124番地1

社名 : 医療法人 久幸会 今村病院

代表者 : 理事長 稲庭 千弥子

【事業所】

住所 : 秋田市下新城野字琵琶沼124番地1

事業所名 : ニコニコ訪問看護ステーション

(指定番号) 0560190092

担当者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

年 月 日

【ご利用者】 住所 _____

氏名 _____ (印)

【代理人】 住所 _____

氏名 _____ (印) (続柄 _____)

署名代行理由 :