訪問看護サービス(医療)重要事項説明書

当事業所は、健康保険法令に基づく訪問看護事業を行うものとして指定を受けています。当事業所の概要や、提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを記載したものです。

1. 訪問看護サービスの目的

訪問看護ステーション　ウィズ（以下「事業者」という）は、健康保険法令の趣旨に基づき、利用者（以下「ご利用者」という）が可能な限り居宅において、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう訪問看護を提供することを目的とします。

2. 運営の方針

●事業者は、訪問看護サービスを受けるご利用者が居宅において自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、当該ご利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、精神・身体の特性をふまえて全体的な日常生活動作の維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援を行います。

●訪問看護の実施にあたっては、ご利用者の必要なときに必要なサービスの提供ができるよう努めます。

●訪問看護の実施にあたっては、ご利用者が関係する市町村や事業所及び地域の保健・医療・福祉サービス等、綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

3. 当法人の概要

名称・法人種別	株式会社こうこう
代表者名	代表取締役　吉田 孝則
所在地・連絡先	福岡市中央区谷１丁目 9-19　メディカルビル谷Ⅱ TEL　092-401-0247　FAX　092-401-0248

4. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション　ウィズ
所在地・連絡先	福岡市東区和白丘２丁目 15-4-201 アトラクティ和白丘 TEL　092-692-5604　FAX　092-692-5606
管理者名	金岡　晃平
サービス提供地域	福岡市全域、糟屋郡全域、大野城市、古賀市、福津市 ※上記以外も、相談承ります。

5. 職員の体制

●管理者　1 名（看護師と兼務）

●看護師等　常勤換算 2.5 名以上（うち常勤 1 名以上）

6. 営業日及び時間

●営業日 月曜日から金曜日まで　土・日・祝休み

●営業時間 9 時 00 分～18 時 00 分まで

●サービス提供時間 9 時 15 分～17 時 45 分まで

※サービス計画により、休業日及び営業時間外であってもサービスを提供する場合があります。

7. 主となるサービス内容

●日常生活の支援

・食生活
・活動
・整容などの現状把握や、衣食住が整うための具体的な支援
・日常生活が維持・向上できるための支援

●精神症状の悪化を防ぐ

・精神症状の把握、症状安定
・改善のための援助
・服薬、通院継続のため援助
・緊急時の対応、処置
・ご家族を含めた、認知症に対する援助

●身体症状の発症や進行を防ぐ

・身体症状の把握や、生活習慣に関する助言
・指導
・医療処置や点滴など輸液管理（主治医の指示がある場合のみ）
・機能訓練などのリハビリテーション
・終末期医療、死去後家族に対するグリーフケア
・ご家族の健康に関する支援

●対人関係に関する支援

・他者との関係性に関する援助
・コミュニケーション能力の維持
・向上のための援助
・ご家族との関係性に関する援助

●社会資源の活用支援

・地域で利用できるサービスや福祉制度の利用に関する情報提供および、利用のための援助

●多職種との連携

・主治医や施設内外の関係職種との連携
・行政、地域との連携

8. 解約権

事業者は、ご利用者が著しく常識を逸脱する行為をなし、再三の申し入れにも関わらず改善の見込みがなく、訪問看護サービスの利用目的を達することが不可能になった時、契約を解除することができます。

9. 契約の開始及び終了

開始は、契約を結んだ日を基準とし、サービスを開始します。 終了は、次の項目に該当した場合に終了します。

①ご利用者及びご家族から契約解除の意思表示がなされた場合
（主治医の指示により訪問看護が継続する場合があります）
②事業者から契約解除の意志表示がなされた場合
③ご利用者が医療機関に入院または介護保険施設に入所された場合
④ご利用者が死亡した場合

10. 利用料金

①基本料金 ・ 加算
②利用者負担金
③交通費
詳細は別紙を参照してください。

11. 支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、翌月 10 日までに請求いたしますので、その月の 25 日までにお支払いください。原則、現金・口座振込によるお支払いとなります。請求・領収書はお渡しいたします。

12. キャンセル

キャンセル料をいただく場合は、下記に基づくものとします。

・サービス利用日の 9 時 15 分までにご連絡をいただいた場合	無料
・サービス利用当日にご連絡がなく、訪問したがご不在だった場合	当日利用料金の 100%

ただし、病状の急変などでやむを得ない事情がある場合のキャンセル料は不要です。

※キャンセル時の連絡先 →訪問看護ステーション　ウィズ

（代表）092-692-5604

13. 緊急時の対応及び複数名による訪問看護について

訪問看護実施中にご利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時には必要に応じて手当てを行うと共に、速やかに主治医に連絡し適切な処置を行います。 医師の指示及び訪問看護サービスの内容により、必要に応じて複数名の同行による訪問看護を行います。

14. 非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

15. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者は、訪問看護サービスを提供するうえで知り得たご利用者及びそのご家族に関する秘密及び個人情報は、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

16. 契約外事項

本契約に定めない事項については、健康保険法その他の諸法令の定めるところを尊重し、ご利用者及びご家族と事業者の協議により定めます。

17. 苦情の受付について

サービスに関する相談や苦情については、下記の窓口で受け付けております。ご利用者及びそのご家族等の要望にお応えできるよう迅速に対応いたします。

●当事業所の 責任者は 金岡　晃平 です。

相談窓口	受付場所	受付時間	TEL
訪問看護ステーション ウィズ	福岡市東区和白丘 2 丁目 15-4-201	9：15～17：45	092-692-5604

行政機関その他苦情受付機関

相談窓口	受付場所	TEL
福岡県国民保険健康保険連合会 介護保険相談窓口	福岡市博多区吉塚本町 13-47	092-642-7859
福岡市中央区　福祉介護保険課	福岡市中央区大名 2-5-31	092-718-1099
福岡市博多区　福祉介護保険課	福岡市博多区博多駅前 2- 8 -1	092-419-1081
福岡市南区　福祉介護保険課	福岡市南区塩原 3-25-1	092-559-5121
福岡市城南区　福祉介護保険課	福岡市城南区鳥飼 6-1-1	092-833-4103
福岡市西区　福祉介護保険課	福岡市西区内浜 1-4-1	092-895-7063
福岡市早良区　福祉介護保険課	福岡市早良区百道 2-1-1	092-833-4352
福岡市東区　福祉介護保険課	福岡市東区箱崎 2-54-1	092-645-1071
福岡県介護保険広域連合会　糟屋支部	福岡県糟屋郡久山町久原 3168-1	092-652-3111
大野城市 長寿支援課介護サービス担当	福岡県大野城市曙町 2-2-1	092-580-1860

古賀市　健康介護課介護保険係	福岡県古賀市駅東 1-1-1	092-942-1144
福津市　健康福祉部 高齢者サービス課 介護事業所指導係	福岡県福津市中央 1-1-1	0940-43-8191

18. 損害賠償について

事業者は、サービス提供にあたってご利用者の生命、身体、財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。但し、自らの責めに帰すべき事由によらない場合はこの限りではありません。

19. 虐待防止に関する事項

事業者は、ご利用者の人権擁護・虐待の防止のため、障がい者虐待防止法に基づき、虐待防止委員会を設立し、責任者の設置 必要な体制 整備を行うと共に、その従業者に対し、定期的な研修会や会議等を実施することで、ご利用者への虐待防止を徹底いたします。

20. 身体拘束等の適正化

事業者は、ご利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他ご利用者の行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。身体的拘束等を行う場合にあたっては、その様態及び時間、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。

21. 身分証の携行

サービス従業者は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご家族等から、その提示を求められた際には、身分証を提示します。

22. その他

職員、及び事業者へのお心遣いは、一切ご遠慮させていただきます。ご協力のほどお願いいたします。

令和　　年　　月　　日

事業者は、ご利用者へのサービス提供開始にあたり、前記のとおり重要事項を説明しました。

事業者

所在地　　福岡市東区和白丘 2 丁目 15-4-201　アトラクティ和白丘

事業者名　訪問看護ステーション　ウィズ　　㊞

管理者名　金岡　晃平

電話番号　092-692-5604

説明者　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、事業者より前記の重要事項について説明を受け、同意します。

利用者

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号　　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿

携　帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人

住 所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

続 柄＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号　　（　　）　　－＿＿＿＿＿＿

携　帯＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿