

指定訪問看護ステーションウイング大手門重要事項説明書（介護）

令和6年10月1日作成

利用者様に対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業所の概要

（1）提供できる居宅サービスの種類と地域

事業所名	指定訪問看護ステーション ウイング大手門										
所在地	長崎県島原市前浜町丙 2 1 番地 1										
電話番号	(0 9 5 7) 6 3 - 5 7 5 3										
F A X 番号	(0 9 5 7) 6 3 - 5 7 5 3										
介護保険事業所事業所番号	4	2	7	0	3	0	0	3	8	9	
訪問看護事業所番号	0	3	9	0	0	2	8				
サービスを提供する地域※	島原市・雲仙市国見町・南島原市深江町・南島原布津町										

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

（2）当事業所の職員体制〈例〉

職 名	資 格	常勤	非常勤	合計	業務内容
管理者	看護師	1名		1名	従業者及び業務の管理 訪問看護の業務にあたる
看護職員	保健師	名	名	名	訪問看護の業務にあたる
	看護師 (管理者を含む)	3名	名	3名	
	准看護師	2名	名	2名	
理学療法士	理学療法士	名	名	名	
作業療法士	作業療法士	名	名	名	
事務職員	—	1名	名	1名	

（3）サービスの提供時間

営業日 月～金 9:00～ 17:00

休日 土曜日・日曜日・年末年始(12月31日～1月3日)・お盆(8月13日～8月15日)

都合により変更があります。

※営業時間帯以外でのサービス提供時は料金が異なります

2 当事業所の訪問看護の特徴等

（1）運営方針

ステーションの看護師等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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する。

事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

3 サービスの内容

- 病状・障害の観察 ・健康相談
- 薬の管理・服薬指導
- ※通院しない又は出来ない利用者も含む
- ターミナルケア
- 清潔の保持
- 認知症や精神科疾患の看護
- 食事及び排泄等日常生活の世話
- 療養生活や看護・介護方法の指導、支援
- 褥瘡予防・処置
- カテーテル等の管理
- リハビリテーション
- その他の医師の指示による医療処置
- 介護者の心理的なサポート

4 利用料金

(1) 利用料（介護保険の場合）

お客様が負担する利用料は、原則として①基本料金と②加算料金を合計した額の1割又は2割又は3割となります。

各種保険適用後の金額は、従業員にお尋ねください。また、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

①【基本料金】

	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
看護師が行う訪問看護	8,230円/回	11,280円/回
准看護師が行う訪問看護	7,410円/回	10,150円/回

【予防訪問看護】

	30分以上 1時間未満	1時間以上 1時間30分未満
看護師が行う訪問看護	7,940円/回	10,900円/回
准看護師が行う訪問看護	7,150円/回	9,810円/回

②【加算の種類とサービスの有無】

加算の種類	サービスの有無	利用者該当の有無	料金（1月につき）
緊急時訪問看護加算	①・無	有・無	5,740円
特別管理加算	①・無	有・無	2,500円
特別地域訪問看護加算	有・無	有・②	—

*休業日・個人負担（支給限度基準額以外）

○休業日（土曜・日曜・年末年始（12月31日～1月3日）、お盆（8月13日～15日）都合により変更があります。

居宅サービス：午前9時～午後5時が1時間あたり2500円お支払い頂きます。

夜間：午後5時～午前9時まで、1時間あたり3000円発生致します。

*居宅以外のサービス

○居宅以外のサービスについては自己負担となり、2500円お支払い頂きます。

1時間を超える場合、30分ごと1000円発生致します。

(2) 交通費

通常の事業実施地域（島原市・雲仙市国見町・南島原市深江町・南島原市布津町）を越えて行う指定訪問看護に要した交通費は、下記の費用を徴収致します。

尚、管理者がその利用者の生活状況に合わせて、徴収しないこともあります。

- | | |
|------------------|----------------|
| 一、公共交通機関を使用した場合 | 実際かかった運賃の額 |
| 二、事業所の自動車を使用した場合 | 1 k mあたり 3 0 円 |

(3) 料金の支払方法

ご利用ごとに翌月お支払いいただきます。毎月末日までの利用料を翌月 1 0 日頃に請求をいたしますので、お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。

お支払いは原則として、現金集金といたしますが、銀行振込もご利用いただけます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話またはご来所もしくは、主治医にご相談ください。

※居宅サービス計画（ケアプラン）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ください。

(2) サービスの終了

①お客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 3 日前までにお申し出ください。

②当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了 7 日前に文書で通知します。

③自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合（ショートステイ利用は外す）、医療機関へ 1 ケ月以上入院した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当（自立）と認定された場合（医療保険の適用での訪問は可能です）
- ・お客様が亡くなられた場合

④その他

・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、お客様、ご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了できます。

・お客様が、サービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず支払わない場合、またはお客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業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により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなど、サービス利用に関するご相談・利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

□お客様相談窓口 担当者 植木 輝美

□受付時間 毎週 月曜日 ～ 金曜日 午前9時～午後5時

電 話 0957-63-5753 FAX 0957-63-5752

受付日 年中 ただし、12月31日～1月3日、8月13日～8月15日を除く
(都合により変更があります)

- (2) 区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を相談することが出来ます。

担 当	電話番号
長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課	(095) 826-1599
島原地域広域市町村圏組合 介護保険課	(0957) 61-9101

- (3) 当事業所では地域にお住まいの以下の方を、第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対する意見などを頂いています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「三者委員会」に相談する事も出来ます。

＜第三者委員＞

名 前	住 所	電話番号
森本辨修	島原市宇土町乙838	(0957) 62-5674

7 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、主治医、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。なお、当事業所はニッセイ同和損害保険会社と損害賠償保険契約を結んでいます。

8 秘密保持等

従業員は正当な理由が無く、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

過去に従業者だった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させる為、従業者でなくなった場合においてもこれらの秘密を保持すべき旨に従業者との雇用契約の内容とする。

サービス担当会議等に於いて、利用者の個人情報を用いる場合は利用者及び家族の同意を予め文書に於いて得ておかなければならない。

9 当法人の概要

- (1) 法人名 医療法人 ウイング
(2) 法人の所在地 長崎県島原市中野町丙1165番地
(3) 電話 0957-62-3105
(4) 代表者氏名 理事長 高城 昭紀

緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化などがあった場合は、必要に応じて臨時応急の手当てを行い、主治医の指示を受けて速やかに必要な対応をします。また、ご家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

主治医	氏名			
	連絡先		電話番号	
ご家族	氏名			
	連絡先		電話番号	

令和 年 月 日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して交付した本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 島原市前浜町丙 2 1 番地 1

名 称 指定訪問看護ステーション ウイング大手門

説明者氏名

印

私は、交付を受けた本書面により事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 氏名

印

(代理人) 氏名

印

利用者との関係