

訪問看護重要事項説明書

1. 当事業所の概要

(1) 事業所の概要

事業所名	あいず訪問看護ステーション協和
所在地	長崎県大村市協和町628-46 琴花園ビルD2階1号室
連絡先	0957-47-7760
管理者名	古賀 みずほ
サービス種類	訪問看護・介護予防訪問看護
介護保険指定番号	4260590239号
サービス提供地域	大村市、東彼杵郡

※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9:00～午後6:00
定休日	土曜・日曜・祝日・年末年始(12/29～1/3)

(3) 職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	計
管理者	看護師	1名	0名	1名
看護師	看護師 ※管理者含む	4名	3名	7名
理学療法士	理学療法士	1名	0名	1名
作業療法士	作業療法士	0名	0名	0名
言語聴覚士	言語聴覚士	0名	0名	0名

(4) ディスクロージャー

当事業所の「事業計画」および「財務内容」については、当社のホームページ上で閲覧することができます。

2. 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

連絡窓口	電話番号：0957-47-7760
担当部署	あいず訪問看護ステーション協和内
担当者	古賀 みずほ（こが みずほ）
受付時間	午前9：00～午後6：00 ※必要に応じて24時間対応

【その他の相談窓口】

長崎県国民健康保険団体連合会 介護保険課 介護相談担当

TEL 095-826-1599 受付時間 9：00～17：00 ※土日祝除く

大村市長寿課施設指導グループ

TEL 0957-20-7301 受付時間 8：45～17：30 ※土日祝除く

諫早市健康福祉部 高齢介護課

TEL 0957-22-1500 受付時間 8：30～18：00 ※土日祝除く

長崎こども・女性・障がい者支援センター

TEL 095-844-5132

※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でも受付けております。

3. 事業の目的・運営方針

(1) 目的

要支援または要介護状態、医療ケアと認定されたご利用者様に対し、（介護予防）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（介護予防）訪問看護のサービスを、24 時間体制で提供します。

（介護予防）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（介護予防）訪問看護のサービス提供に努めます。

4. 利用料金

(1) 利用料訪問看護は介護保険又は健康保険の利用が出来ます。保険の種類と内容により利用負担金が別紙のようになります。

(2) その他の利用料基本利用料のほか以下の場合はその他の利用料として、下記の額の支払いをご請求いたします。

- ・ 訪問看護と連携して行われる死後の処置：15,000円
- ・ 延長料金：4,500円（30分当り/1回）
- ・ 衛生材料など消耗品使用時（介護保険のみ）

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画作成又は介護予防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。なお、居宅サービス計画又は介護予防サービス計画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。

まずはお電話などでお申し込みください。当社職員がお伺いしてご説明いたします。

(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、文書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 自動終了（以下に該当する場合は、通知が無い場合でも自動的にサービスが終了します）

- ・ ご利用者様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていたご利用者様の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合

※ 非該当〔自立〕と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。

- ・ ご利用者様が亡くなられた場合

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1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7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。

5 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、サービスの変更または中止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。治癒するまで、サービスのご利用はお断りする場合があります。

6. 事故発生時の対応

- (1) (介護予防)訪問看護の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族等、市町村、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する(介護予防)訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、当該損害について当ステーションの責任を問えない場合はこの限りではありません。

7. 社会情勢及び天災

- (1) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、乙の義務の履行が難しい場合は、日程、時間の調整をさせて頂く場合がある。
- (2) 社会情勢の急激な変化、地震、風水害など著しい社会秩序の混乱などにより、乙の義務の履行が遅延、もしくは、不能になった場合、それによる損害賠償責任を乙は負わないものとする。

8. 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	氏名	(続柄：)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	(続柄：)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの 連絡基準		発熱時、血圧変動時、意識レベル低下時等 携帯電話にて連絡・対応

9. 虐待防止のための措置に関する事項

当事業所では、虐待発生防止に努める観点から高齢者虐待防止委員会（以下「委員会」という。）を設置します。

委員会は年に1回開催する。

委員会では以下の事を協議します。

- (1) 虐待の防止のための指針の整備に関する事。
- (2) 虐待の防止のための職員研修の内容に関する事。
- (3) 虐待等について、職員が相談・報告できる体制整備に関する事。
- (4) 虐待等を把握した場合、行政機関への通報の迅速かつ適切に行われ、原因の分析及び再発の防止策についての検討・評価。

当事業者職員がサービス提供中に当該事務所従業員又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる事柄を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通達するものいたします。

会社の概要

社 名 合同会社 A－P L U S
資本金 300 万円
社員数 45 名（非常勤職員 7 名含む）
設 立 2018 年 11 月
所在地 長崎県大村市久原 1 丁目 570 番地 2 久原プラザビル 3F
代表者 代表社員 芦塚 千夏

【事業者名】

社 名：合同会社 A－P L U S
住 所：長崎県大村市久原 1 丁目 570 番地 2 久原プラザビル 3F
代 表 者：代表社員 芦塚 千夏

【事業所名】

事業所名：あいず訪問看護ステーション大村 （ 介護事業者番号 4260590114 ）

住 所：長崎県大村市富の原二丁目 140 番 3

事業所名：あいず訪問看護ステーション協和 （ 介護事業者番号 4260590239 ）

住 所：長崎県大村市協和町 628-46 琴花園ビル D2 階 1 号室

事業所名：あいず訪問看護ステーション諫早 （ 介護事業者番号 4260490265 ）

住 所：長崎県諫早市永昌東町 1-3

ライオンズマンション諫早ステーションスクエア 2 号棟 105 号室

事業所名：あいず訪問看護ステーション千葉 （ 介護事業者番号 1260191692 ）

住 所：千葉県千葉市中央区今井 2 丁目 14-13 布施ビル II 101 号室

事業所名：あいずの介護諫早 （ 介護事業者番号 4270403852 ）

住 所：長崎県諫早市永昌東町 1-3

ライオンズマンション諫早ステーションスクエア 2 号棟 105 号室

担 当 者 _____ より、重要事項説明書の内容について説明を受け、了承した上で本紙を受領します。

【ご利用者】住所

氏名

【代理人】住所

氏名
