

# 重要事項説明書

## ナースケア北条

あなたに対する訪問看護の提供開始にあたり、厚生労働省令第37号の第8条に基づいて、事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

### 1. 事業者概要

事業者名称：医療法人博正会

所在地：千葉県館山市北条1089

代表者名：角田眞一郎

電話番号：電話 0470-23-1966 FAX 0470-23-1969

### 2. 事業所概要

事業所名称：訪問看護ステーション事業 医療法人博正会 ナースケア北条

指定番号：1263690088

所在地：千葉県館山市北条1096番地の1

電話番号：電話 0470-22-8877 FAX 0470-23-4188

### 3. 事業所の目的と運営方針

事業の目的

居宅において、主治医が訪問看護の必要を認めた利用者に対して、適切な訪問看護を提供することを目的とする。

運営の方針

- (1) 訪問看護ステーション事業 医療法人博正会 ナースケア北条（以下、本事業所という。）の看護師その他の従業者は、利用者の特性を踏まえて、可能な限りその居宅において、要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化防止に資するように、療養上の目標を設定して支援する。
- (2) 事業の実施にあたっては、居宅介護支援事業所、関係区市町村、地域の保健・医療福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (3) 本事業所は、必要な時に必要な訪問看護の提供が行えるよう、事業実施体制の整備に努める。

### 4. 本事業所の職員体制（令和4年11月1日現在）

看護師：常勤換算4.5名以上（常勤職員5名） 理学療法士：兼任1名

### 5. 営業日・営業時間

年中無休（午前9時から午後5時）

### 6. 営業地域

館山市 南房総市 鋸南町

### 7. 利用料金

- ・利用料として介護保険第41条に規定する居宅介護サービス費の支給対象となる費用にかかる額の支払い

を利用者から受けるものとします。

- ・利用者は、ナースケア北条料金表（別紙）に定めた訪問看護サービスに対する所定の利用料および、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。

・利用料金の支払い方法

毎月、10日前後に前月分の請求書をお渡し致します。

- ・利用料は1ヶ月単位とし、当月分を翌月中旬までにご請求させていただきます。訪問時に集金し、領収書を発行致します。

※キャンセル料

訪問看護の利用中止については、前日までにご連絡をいただければ、予定されたサービスを変更または中止することができます。

ご連絡をいただく時間	キャンセル料
前日までにご連絡をいただいた場合	不要です。
当日訪問までにご連絡のない場合	1 提供あたりの料金の100%を請求いたします。

※ただし、ご利用者の緊急な受診や入院等の場合には、キャンセル料は請求いたしません。

## 8. 緊急時等の対応の方法

訪問看護の提供にあたり事故、体調の急変時が発生した場合は、事前の打ち合わせに基づき、ご家族、主治医、緊急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

ご利用者（家族）緊急連絡先
---------------

ご利用者氏名	電話	:
緊急連絡先①氏名	続柄（ ）	電話
緊急連絡先②氏名	続柄（ ）	電話

主治医名	電話	:
------	----	---

## 9. 秘密の保持

本事業所の職員は、当該事業を行う上で知りえたご利用者およびその家族に関する秘密を正当な理由なく、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。

## 10. 高齢者虐待防止

本事業者は、利用者様等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げる通り必要な措置を講じます。

- （1）研修を通して、従業者の人権意識の向上や知識技術の向上に努めます。
- （2）居宅サービス計画の作成などの適切な支援の実施に努めます。
- （3）従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者がご利用者等の権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

## 11. 苦情申し立て窓口

（1）当事業所お客様相談・苦情担当

担 当	川名 夏樹
電話番号	0470-22-8877
FAX	0470-23-4188

(2) 当事業所以外に、各市町村の介護保険担当窓口へ相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

館山市	0470-22-3111 (代表電話)
南房総市	0470-36-1152 (保健福祉部)
千葉国保連合会	043-254-7428 (苦情処理)

指定（介護予防）訪問看護の開始にあたり、ご利用者に対して重要事項文書に基づいて、重要事項を説明しました。

所在地 千葉県館山市北条1089

事業者 医療法人博正会

代表者 角田 眞一郎

(説明者) 氏名 \_\_\_\_\_ (管理者) 川名 夏樹 印

私は、本文書により、本事業者から訪問看護の利用に際し、重要事項の説明を受けました。

サービスご利用者（又は代理人）

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印