

# 訪問看護ステーションうみがめ

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

指定番号 4560191266

当事業所はご利用者に対して指定訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

### 1. 事業者

法人名	株式会社 朝凪
法人所在地	宮崎県宮崎市大字島之内 6951 番地
連絡先	0985-86-8081
代表者氏名	代表取締役 諸戸 英雄

### 2. 事業所の概要

事業の目的 運営方針	① 指定訪問看護の実施にあたっては、かかりつけの医師の指示のもと、対象者の心身の特性を踏まえて、生活の質の確保を重視し、健康管理、全体的な日常動作の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養が継続できるように支援するものである。 ② 訪問看護の実施にあたっては、関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。
---------------	---

事業所の名称	訪問看護ステーションうみがめ
事業所の所在地	宮崎県宮崎市大字島之内 6951 番地
連絡先	TEL0985-86-8081 FAX 0985-86-9862
設立年月	2024 年 8 月 1 日

### 3. 職員の体制

当事業所では、ご利用者に対して指定訪問看護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況> 2024 年 8 月 1 日現在

職種	人数	勤務形態等
管理者	1 名	管理者と訪問看護師を兼務（常勤兼務）
訪問看護師	3 名	常勤 2 名と非常勤 1 名

### 4. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	宮崎市
事務所の営業日・営業時間	月曜～金曜 8:30～17:30
サービス提供日・時間	365 日 24 時間対応可能

## 5. 当事業所が提供するサービス内容・料金

### (1) サービス内容

- ① 病状・障害の観察
- ② 清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③ 食事および排泄等日常生活の世話
- ④ 床ずれの予防・処置
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ ターミナルケア
- ⑦ 認知症患者の看護
- ⑧ 療養生活や介護方法の指導
- ⑨ カテーテル等の管理
- ⑩ その他医師の指示による医療処置

### (2) 利用料金

介護保険対象の方 『訪問看護ステーションうみがめ料金一覧表【介護保険】』参照

医療保険対象の方 『訪問看護ステーションうみがめ料金一覧表【医療保険】』参照

#### ①交通費

通常の実施地域（重要事項説明書に記載されている地域）は交通費請求無し。

実施地域以外においてサービス提供を行う場合には訪問看護に要した交通費を徴収致します。

尚、自動車を使用した場合には通常の事業の実施地域を超えた地点から片道 5km ごとに 200 円

徴収致します。

②死後の処置料：20,000 円

#### ○利用者負担金（医療保険法定利用料）

一般の健康保険等	・ (基本療養費 + 管理療養費 + 加算分) × 負担割合となります。 ・ 重度心身障害者医療、ひとり親家庭等の受給者証をお持ちの方
----------	--

	は各市町村により自己負担額が変わります。
--	----------------------

※後期高齢者医療保険料については、別紙参照

◆ 1ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町

村へ 申請致しますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。

※いずれも医療費控除の対象となります。

### (3) 利用料金のお支払い方法

- ・前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月分をまとめて請求させていただきます。
- ・支払方法：金融機関口座からの自動振替となります。
- ・支払日：サービス提供月の翌月26日に振替口座より引き落とさせていただきます。

### (4) 利用の中止、変更、追加

- ・利用予定日の前に、ご利用者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止又は変更、もしくはサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日15時までに事業者に申し出て下さい。
- ・利用予定日の前日までに申し出がなく、利用の中止の申し出をされた場合、キャ

ンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但しご利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日午後 15 時までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日午後 15 時までに申し出がなかった場合	当日の利用料金の 50 %

- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問看護師の稼動状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

## 6. サービス利用にあたっての留意事項

### (1) サービス提供を行う訪問看護師

サービスの提供にあたっては、複数の訪問看護師が交代してサービスを提供します。

### (2) サービス実施時の留意事項

#### ①定められた業務以外の禁止

利用者は「5 当事業所が提供するサービス内容」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

#### ②訪問看護サービスの実施に関する指示・命令

訪問看護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。

但し、事業者は訪問介護サービスの実施にあたって利用者の事情・意向等に充分に配慮するものとします。

### ③備品等の使用

訪問看護サービス実施のために必要な居室の備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。

## （3）サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

## （4）事故時の対応

事業所は、利用者に対する看護サービスの提供にあたって事故が発生した場合は、すみやかに必要な処置を講じます。

# 7. 苦情の受付について

## （1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は全職員が受付けますが、苦情受付け窓口も設けてあります。

苦情受付窓口	訪問看護ステーションうみがめ (TEL) 0985-86-8081
担当者	諸戸 貞夫

## (2) 当事業所以外の苦情受付機関

宮崎県国保連合会介護保険課事業所支援係  苦情相談室	ご利用時間 平日 8：30～17：15  電話番号 0985－44－2804
宮崎県国保健康保険連合会	ご利用時間 平日 8：30～17:15  電話番号 0985－35－5301

# 訪問看護ステーションうみがめ

## 個人情報使用同意書

私（利用者）、及びその家族の個人情報については、以下に記載するとおり必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

- （1）居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議及び介護支援専門員との連絡調整等において必要な場合
- （2）利用者が自らの意思によって介護保険施設に入所されることに伴う必要最小限度の情報の提供
- （3）在宅療養をサポートする病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション、介護事業所その他の関係者と連携を図るため、医療従事者や介護従事者その他の関係者が共有すべき介護情報を含む個人情報の提供

(4) 家族等への心身の状態等の情報提供

(5) 行政、審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答等

(6) 業務委託業者の業務遂行に関する情報の提供

(7) 損害賠償保険などに係る保険会社等への必要な情報の提供

## 2. 使用する事業者の範囲

利用者が提供を受けるすべてのサービス事業者

## 3. 使用する期間

契約で定める期間

## 4. 条件

(1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることがないよう細心の注意を払うこと

(2) 個人情報を使用した会議においては、出席者、議事内容等を記録しておくこと

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が記名捺印のうえ、利用者と事業者が各1通を保有するものとします。

年 月 日 説明者

印

### 事業者

当事業者は、居宅サービス事業者として利用者の申し込みを受諾し、この契約に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います

法人名	株式会社朝凪
法人住所	宮崎市大字島之内 6951番地
代表者名	代表取締役 諸戸 英雄 印
事業所名	訪問看護ステーションうみがめ
事業所住所	宮崎市大字島之内 6951番地
連絡先	0985-86-8081

ご利用者様

私は、以上の契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書の内容について説明を受け、  
内容を確認したうえで、訪問看護サービスの利用を申し込み、個人情報使用同意書に同意  
いたします。

住 所	
氏 名	印

ご家族様等

私は、以上の契約書、重要事項説明書、個人情報使用同意書の内容について説明を受け、  
内容を確認したうえで、訪問看護サービスの利用を申し込み、個人情報使用同意書に同意  
いたします。

住 所	
氏 名	印
関 係	
連 絡 先	
署名代行理由	<input type="checkbox"/> 書字困難 <input type="checkbox"/> その他

## 同 意 書

(24 時間対応体制加算・緊急時訪問看護加算)

私は、緊急時訪問看護及び24時間対応体制加算について説明を受け、このサービスを利用することに同意します。

令和 年 月 日

## 訪問看護ステーションうみがめ 管理者様

利用者様氏名		(印)
ご家族様等氏名	ご関係 ( )	(印)

## 同 意 書

(訪問看護情報提供療養費)

私は、訪問看護情報提供療養費加算について説明を受け、居住地の市町村や保健所等に利用者の訪問看護の状況を情報提供することに同意します。

令和        年        月        日

訪問看護ステーションうみがめ                      管理者 様

利用者様氏名		印
ご家族様等氏名	ご関係 ( )	印