

東信医療生活協同組合 上田生協訪問看護ステーション

重要事項説明書(契約書別紙)  
(2021年4月1日改定)

サービス提供開始にあたり、当事業所が説明すべき重要事項は次のとおりです。

1. 当事業所の運営方針

利用者の生活の質を重視し心身機能及び日常生活動作の維持・回復を図るため、訪問看護サービス及び介護予防訪問看護サービス(以下、訪問看護サービスとする)を提供し、その人らしく、また、安心安全に、可能な限り在宅で生活できるように支援します。また、他の保健・医療・福祉のサービス提供者と十分な連携を行っています。

2. 事業所の概要

(1)事業所の概要及びサービス提供地域

|             |   |
|-------------|---|
| 事業者(法人)名称   | 東信医療生活協同組合                                      |
| 事業所名        | 上田生協訪問看護ステーション                                  |
| 主たる事業所の所在地  | 長野県上田市上塩尻 393-1                                 |
| 電話番号        | 0268-22-3055                                    |
| 介護保険指定番号    | 2060390073                                      |
| 事業所管理者      | 宮崎 泰子(所長/看護師)                                   |
| サービスを提供する地域 | 上田市・坂城町・青木村・東御市<br>(上記地域以外の方で利用を希望される方はご相談ください) |

(2)職員体制

| 職務        | 資格                   | 員数   |
|-----------|----------------------|------|
| 管理者兼訪問看護員 | 看護師                  | 1人   |
| 訪問看護員     | 看護師                  | 2人以上 |
|           | リハビリ職員(理学療法士・作業療法士等) | 適当数  |

(3)サービスの提供時間帯

|      |                                   |
|------|-----------------------------------|
| 営業日  | 月曜日～金曜日 (ただし、下記の「休日」を除く)。         |
| 営業時間 | 月曜日～金曜日 8:30～17:00                |
| 休日   | 土・日曜日、祝日、5/1、8/14～8/16及び12/29～1/3 |

(4)その他事項

| 事項         | 有無 | 備考                  |
|------------|----|---------------------|
| 担当者の変更の有無  | 有  | 変更させていただく場合がございます   |
| 従業員への研修の実施 | 有  | 年1回以上行います           |
| 情報の開示      | 有  | サービス提供記録閲覧の申請が可能です。 |
| 第三者評価の実施状況 | 無  |                     |
| 虐待防止のための措置 | 有  | 担当者:所長              |

### 3. サービス内容

#### (1) 看護業務

・病状の観察・装着医療機器の操作援助、管理・各種カテーテルの交換、管理・褥瘡の処置、予防・配薬・ターミナルケア・主治医指示による医療処置・療養生活上の指導、相談 ・各種サービス及び介護用品の紹介・便コントロールの対処・清潔援助 ・看護師によるリハビリテーション

#### (2) 看護師の代わりにハビリ専門職(理学療法士、作業療法士等)によるリハビリテーション

・機能訓練 ・生活相談 ・摂食、嚥下、言語訓練 ・機器の紹介、介護用品の紹介

#### (3) 介護保険等による相談

### 4. 利用料金 訪問看護サービスの利用単位毎の利用料及びその他の費用は、「別紙」記載の通りです。

### 5. 料金の支払い方法

(1) 利用料は1ヶ月毎にまとめて月末に締めさせていただきます、請求させていただきます。

(2) 料金の支払いは口座引き落としとなります。サービスを利用した月の翌月の27日に指定した口座より引き落としをいたします。お支払いを確認後、領収書を発行いたします。

(3) 口座引き落としでの支払いができない場合は、原則、現金でのお支払いとなります。サービスを利用した月の翌月にお支払いをお願いいたします。

### 6. サービス提供についての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは以下のとおりです。

(1) サービス利用にあたり、主治医からの訪問看護指示書が必要となります。訪問看護指示書には期限があるため指示期間終了後にサービス利用を継続する場合は再度訪問看護指示書が必要となります・主治医からの指示が無い場合はサービス提供の実施はできません。

(2) 駐車場のご用意をお願いいたします。ご用意が無い場合は有料駐車場の利用をさせていただきます。

(3) ご利用者のお住まいでサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気、駐車料金、物品等の費用はおお客様のご負担となります。

(4) サービス提供者に対し贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(5) 体調や容態の急変などでサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに事業所の担当者へご連絡ください。

### 7. サービス内容に関する苦情受付窓口

#### (1) 苦情処理の体制及び手順

① サービスに係るご本人及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付ける窓口を設置し、相談及び苦情に対して迅速に対応いたします。

② 相談及び苦情の申し出により不利益な扱いを受けた場合は、事業所相談・受付担当もしくは東信医療生活協同組合介護事業部までお申し出ください。

#### (2) 苦情受付窓口

##### ① 当事業所お客様相談・苦情受付担当

上田生協訪問看護ステーション 所長 電話 0268(22)3055

東信医療生活協同組合介護事業部長 電話 0268(28)1085

##### ② 自治体等の相談窓口

当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

上田市 介護保険課 電話 0268(23)5140

坂城町 介護保険担当 電話 0268(82)3111

青木町 地域包括支援センター 電話 0268(49)0111

東御市 福祉課高齢者係 電話 0268(75)5090

長野県国保連 介護保険相談窓口 電話 026(238)1580

## 8. 緊急連絡先

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、介護支援事業者等へ連絡をいたします。(以下に必ずご記入ください)

| 主治医 | 病医院名 | 科 | 主治医名   |  |
|-----|------|---|--------|--|
|     |      |   | 連絡先    |  |
| ご家族 | 氏名   |   | 続柄     |  |
|     | 連絡先  |   | 緊急時連絡先 |  |
|     | 氏名   |   | 続柄     |  |
|     | 連絡先  |   | 緊急時連絡先 |  |

年 月 日

(説明者)サービスの提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

東信医療生活協同組合 上田生協訪問看護ステーション

氏名 \_\_\_\_\_

(利用者)私は、本書面によりサービスの提供開始にあたり重要事項の説明を受け理解しました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(代理人)私は、本人に代わりサービス提供開始にあたり重要事項の説明を受け理解し、上記の署名を行いました。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ )

## 緊急時訪問看護加算の同意について

事業所は、24時間連絡体制にあり、計画的に訪問することとなっていない緊急時の訪問が必要になった場合、訪問看護を提供することができます。緊急時の訪問看護は、利用者の同意により可能となり、同意がない場合、緊急の訪問看護が必要になっても、訪問看護を提供することはできません。同意が得られた場合、1ヶ月につき定められた料金が加算されます。（原則、厚生労働大臣の定める負担割合額が自己負担となります。）また、緊急時訪問看護を利用した場合、提供時間に応じ料金（別紙料金表参照）が必要となります。

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

緊急時訪問看護加算について、同意します。

緊急時訪問看護加算について、同意しません。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_

代理人 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄( \_\_\_\_\_ )

-