

---

様

## 重要事項説明書

穂高病院 訪問看護ステーション

ふるる

ver.20250722

## 1. 事業所の概要

事業所名	穂高病院 訪問看護ステーション ふるる	
所在地	長野県安曇野市穂高 4303-1 北棟 2 階	
電話番号	0263-31-3200	
FAX 番号	0263-31-5222	
開設年月日	2022 年 10 月 1 日	
介護保険事業所番号	2064090075	
管理者及び連絡先	氏名	鮎貝 裕美
	連絡先	0263-31-3200
サービス提供地域	穂高地区を中心とした安曇野市全域	

## 2. 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス内容等	体制
管理者	主治医の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をし、従業者に対して指揮命令を行います。	常勤（兼務） 1 名
訪問看護従業員 (管理者を含む看護師)	指定訪問看護のサービスを提供します。	常勤・非常勤 を合わせて 2.5 名以上

## 3. 営業日、営業時間

(1) 営業日：月曜日から金曜日

ただし、国民の休日（振り替え休日を含む）、12月30日から1月3日までを除く。

(2) 営業時間：午前8時30分から午後5時30分

(3) サービス提供時間：午前9時00分から午後5時00分

(4) 電話等により24時間連絡可能な体制とします。

## 4. 事業の目的及び運営方針

### (1) 事業の目的

事業の実施に当たり、介護保険法等の関係法令に従い、利用者が可能な限り居宅においてその有する能力に応じて、自立した生活を営むことができるよう、必要なサービスその他の便宜を提供することにより、利用者の日常生活の便宜及び介護する方の軽減を図ります。

### (2) 事業の運営方針

①利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

②事業の実施に当たっては、関係市町村、居宅介護支援事業所・その他地域の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 5. 利用料等

### (1) 利用者からお支払いいただく利用料等は、別の料金表の通りです。

### (2) 利用料等の支払い

利用者が介護保険からの給付サービスを利用する場合は、法定の利用料（費用基準額）から事業所に支払われるサービス費を差し引いた額を利用者負担額としてお支払いいただきます。

ただし、公費、減免または給付制限等がある場合は、この限りではありません。

また、居宅サービス計画書を作成しない場合などは、利用者がいったん利用料の全額を事業者に支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求し、払い戻しを受けていただきます。要介護度に応じた支給限度基準額を超えるサービスについては、全額利用者負担になります。

### (3) 事業者は介護保険給付対象サービスの提供に当たっては、あらかじめ利用者またはその家族に対し、当該サービスの内容及び費用について事前に説明を行い、同意を得るものとします。

### (4) 交通費

安曇野市全域以外の地域については、1km : 30円にて交通費を実費徴収いたします。

### (5) 利用料等は、サービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。請求書は利用明細を添えて、利用月の翌月10日頃までに利用者あてにお届けします。

### (6) 利用料の支払いを確認したら、領収書を発行いたします。

## 6. サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

当事業所にお電話又は御来所いただくか、担当ケアマネージャーに直接お申し込み下さい。

## (2) サービスの終了

### ①利用者の都合でサービスを終了する場合

サービス終了を希望する3日前までに文書でお申し出下さい。

### ②事業者の都合でサービスを終了する場合

- ・人員不足、事業規模の縮小、事業所の休廃止等やむを得ない事情により、この契約に基づく訪問看護の提供が困難になった場合、サービスの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1か月前までに文書で通知します。
- ・利用者又はその家族の著しい不信行為等により、この契約が困難となった場合には、文書で通知することにより、サービスの提供を終了させていただく場合があります。

### ③自動終了

次の場合には自動的にサービスを終了させていただきます。

- ・利用者が介護保険施設に入所した場合
- ・認知症対応型共同生活介護又は特定施設入居者生活介護を受けることとなった場合
- ・利用者の要介護認定区分が非該当と認定された場合
- ・利用者がお亡くなりになった場合

## 7. 利用の中止

- (1) 利用者がサービスの中止をする場合には、速やかに当事業所までご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合、利用中止の連絡時期によって料金表記載のキャンセル料を申し受けますので、ご了承ください。  
キャンセル料は、原則として利用料の支払いに合わせてお支払いいただきます。

## 8. 緊急時の対応

サービスの提供中に事故、体調の急変、その他緊急事態が生じたときは、ご家族、主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	医療機関名
	医師名
	連絡先
緊急連絡先	氏名
	本人との続柄
	連絡先

## 9. 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、市町村、ご家族、居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置をとります。

また、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。このため、次の賠償保険に加入しています。

* 保険の種類	全日病団体保険
* 保険会社	東京海上日動火災保険株式会社

## 10. 災害時の対応

大型地震発生など交通障害が発生した際は、やむを得ず訪問を中止させていただく場合があります。

## 11. 秘密保持

従業員は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第3者に漏らすことはありません。また、従業員が退職した後も在職中に知り得た利用者及びその家族の個人情報を漏らさないよう必要な措置を講じます。

## 12. 相談窓口・苦情処理の対応

### (1) 相談窓口

サービスに関する相談や苦情については、当事業所の窓口等にて受け付けています。

相談窓口	受付時間	午前8時30分から午後5時30分
	電話番号	0263-31-3200
	FAX番号	0263-31-5222
	相談員（責任者）	鮎貝 裕美

### (2) 苦情処理の対応

- ①相談・苦情の受付は、原則として事業所の管理者が対応します。
- ②寄せられた相談・苦情に対し、管理者は速やかに相手先と連絡を取り、必要があれば利用者宅を訪問し、その内容の確認や状況の把握に努めます。
- ③事業所内で管理者を中心に会議を開き、問題点の整理を行い今後の改善策を検討します。
- ④改善策について、管理者が利用者に対し事情説明を行います。
- ⑤管理者は改善策を実施するとともに、従業員への指導を徹底させ再発防止に努めます。
- ⑥居宅介護支援事業者、市町村及び国民健康保険団体連合会に対し報告を行い、助言を受けます。
- ⑦相談・苦情を受けた場合は、その内容と処理経過を記録します。

(3) 下記の公的機関においても、相談・苦情の申し出ができます。

安曇野市 保健医療部 介護保険課	所在地	長野県安曇野市豊科 6000 番地
	電話番号	0263-71-2472
	FAX 番号	0263-71-2503
	受付時間	平日：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
松本市 保健福祉部 高齢福祉課	所在地	長野県松本市丸の内 3-7
	電話番号	0263-34-3213
	FAX 番号	0263-34-3016
	受付時間	平日：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
【介護保険】 長野県 国民健康保険 団体連合会	所在地	長野県長野市西長野字加茂北 143-8
	電話番号	026-238-1580
	FAX 番号	026-238-1559
	受付時間	平日：午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分
【医療保険】 関東信越厚生局 松本市医療安全 支援センター	所在地	松本市大字島立 1020
	電話番号	0263-40-1937
	FAX 番号	0263-47-9293
	受付時間	月～金曜日 8 時 30 分～12 時、13 時～17 時 15 分

## 【説明確認欄】

20 年 月 日

サービス契約の締結にあたり、上記の通り重要事項を説明いたしました。

事業所名称 穂高病院訪問看護ステーション ふるる  
説明者 \_\_\_\_\_

サービス契約の締結にあたり、重要事項説明の交付および説明を受け、上記の内容に同意します。

利用者 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

(署名代行者、立会人、または代理人) 該当する役割いずれかにチェックを記入してください。

### □署名代行者

私は、利用者が契約の内容を理解し、契約を締結する意志があることを確認し、身体の障害、または高齢により筆記困難な利用者に変わって上記署名を行いました。

### □立会人※1

私は、契約締結の場に立ち会い、利用者が契約の内容を理解し、契約を締結する意志があることを確認しました。

※1 利用者ご本人だけでは、重要事項説明・同意に不安がある場合に使用。

### □代理人※2

私は利用者の 【成年後見人・補佐人・補助人・任意後見人】(該当するものに○をしてください)として、利用者に変わって、本契約を締結します。

※2 登記事項証明書など代理権を証明する文書の添付が必要。

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

本人との関係 ( )