

訪問看護ステーションこころ重要事項説明書

1 支援事業者の概要

名称・法人種別	株式会社 アイオライト
代表者名	高木 昌彦
所在地・連絡先	(住所) 熊本県玉名市和水町竈門 5 0 7 - 2 (電話) 0 9 6 8 - 8 6 - 2 4 4 4 (FAX) 0 9 6 8 - 8 6 - 2 4 4 4

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護ステーションこころ
所在地・連絡先	(住所) 熊本県玉名市立願寺 1 0 0 2 番地 サンバレー貴翔 1 0 8 号室 (電話) 0 9 6 8 - 7 2 - 8 0 6 0 (FAX) 0 9 6 8 - 7 2 - 8 0 6 0
事業所番号	4360690111
管理者の氏名	高木 幸代

(2) 事業所の職員体制

管理者—1名（常勤職員）

看護師—1名（ 〃 ）

看護師3名（パート）

(3) 事業所の実施地域

玉名市、荒尾市、長洲町、和水町、山鹿市、玉東町、南関町、菊池市とする。

その他の地域については、要相談とする。

(4) 営業日

1 月曜日から金曜日とする(必要に応じ土曜日も実施)

ただし、国民の祝日、12月29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00分までとする。

3 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。

3 提供する居宅介護支援サービスの内容

訪問看護ステーションこころ利用契約書第5条による。

4 利用料

(1) 訪問看護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当

該訪問看護が法廷代理受領サービスであるときは、その1割～3割の額とする。

○利用料と一部負担金

介護保険	20分未満	310円
	30分未満	463円
	30分以上1時間未満	814円
	1時間以上1時間30分まで	1117円

（２）この他の利用料については、別表に定める額を徴収するものとする。

5 事業所の特色等

（１） 事業の目的

訪問看護ステーションこころが行うサービスの適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は、要介護支援状態にあり、かかりつけの医師の訪問看護の必要を認めた者に対し、ステーションの看護師等が適正な訪問看護を提供することを目的とする。

運営方針

ステーションの看護師等は、利用者の心身の特性を踏まえて、全体的に医学的管理及び日常動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるよう支援する。また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと

の綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

(2) その他の運営についての留意事項

i 訪問看護ステーションは、看護師等の質的向上を図るための研修の機会を次のとおり設けるものとし、また、勤務体制を整備する。

ア 採用時研修 採用後 6 箇月以内

イ 継続件中 年数回

ii 従事者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

iii 従事者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従事者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容とする。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

利用時間：午前 8 時 3 0 分 から 午後 5 時 0 0 分

利用方法：電話 0 9 6 8 - 7 2 - 8 0 6 0 (夜間・休日も同じ番号です)

面接 訪問看護ステーションこころ

責任者 : 高木 幸代 (代行者 高木 昌彦)

7 担当の看護師

あなたを担当する看護師は _____ ですが、やむを得ない事由で変更する

場合は、事前に連絡を致します。

8 お客様へのお願い

訪問看護ステーションとの契約書・重要事項説明書等は大変重要な書類ですので大切に保管してください。

別表

訪問看護ステーションこころ利用料は、次のとおりとする。

【利用料】※法廷受領サービス以外（医療保険）（単位：円）

基 本 利 用 料		医療保険の個人負担額
時 間 外 及 び 休 日	早 朝（1時間当たり）	1,200（午前6時00分～午前8時30分）
	夜 間（1時間当たり）	1,200（午後5時00分～午後10時00分）
	深 夜（1時間当たり）	1,700（午後10時00分～午前6時00分）
	休 日（1時間当たり）	1,200（午前8時30分～午後5時00分）
	時間超過（1時間当たり）	1,000

交 通 費	ステーションから、5 k mまで	1 0 0
	ステーションから、10 k mまで	2 0 0
	ステーションから、10 k m以上	3 0 0

私は、本書面に基づいて、訪問看護ステーションこころの看護師（_____）

から 上記重要事項説明書の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者

住 所

氏 名

印

代理人（選任した場合）

住 所

氏 名

印