

訪問看護サービス重要事項説明書

1 法人概要

- (1) 名 称 株式会社北アルプスの風
(2) 法人所在地 長野県安曇野市豊科南穂高 2240-1
(3) 代表者氏名 代表取締役 神 谷 典 成
(4) 設 立 年 月 平成 23 年 4 月

2 訪問看護サービスの目的

訪問看護は利用者様に対して、利用者様がより安心して日常生活を営むことができるように、ご家庭を訪問し支援することを目的としたサービス提供です。このサービスは介護保険または医療保険でのご利用となります。

3 運営方針

利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します。訪問看護サービス実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、利用者様個々の主体性を尊重して、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4 訪問看護サービスを提供する事業所 (以下、「サービス事業所」とします)

(1) サービス事業所の概要

| | |
|----------------------------|---|
| サービス事業所の名称 所在地 電話番号等 | 訪問看護ステーション リーベまつかわ 〒399-8501 長野県北安曇郡松川村 5689-77 Tel : 0261-85-4673 Fax : 0261-85-4674 |
| 設 立 年 月 | 令和 4 年 5 月 |
| 指 定 事 業 者 番 号 | 2062990078 |
| 実 施 サ ー ビ ス | 訪問看護・介護予防訪問看護 |
| サ ー ビ ス 提 供 地 域 | 松川村・大町市大町・常盤・社（美麻地区、八坂地区を除く、平地区については要相談）、池田町（広津地区、陸郷地区を除く）・安曇野市（穂高） |

(2) 職員体制

| | 常勤換算数 | 資格等 |
|------------------------|---------|-------|
| 管 理 者 | 1 人 | 看護師 |
| 看 護 師 | 2・5 人以上 | 看護師 |
| 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 | 1 人 | 作業療法士 |
| 事務職員（その他） | 1 人 | （兼務） |
| 職員体制に関する備考 （兼務の有無等） | | |

(3) 営業日及び営業時間

| | |
|---------|---|
| 営 業 日 | 月曜日～金曜日 |
| 営 業 時 間 | 8 時 30 分～17 時 30 分 |
| 休 業 日 | 土曜日、日曜日、祝日 法人の定める日 12 月 31 日～1 月 3 日 |

上記営業日・営業時間以外でも電話等により、24 時間常時連絡が可能な体制とする。

5 主たるサービスの内容

| | |
|---|--|
| 1 | 健康状態の観察（血圧・体温・呼吸の測定、病状の観察） |
| 2 | 日常生活の看護（清潔・排泄・食事等） |
| 3 | 療養生活や介護方法の指導 |
| 4 | 医療処置（カテーテル類の管理・褥瘡処置・在宅酸素・浣腸等）医師の指示に基づいての看護 |
| 5 | 生活用具や在宅サービス利用についての相談 介護者様の相談と精神的支援 |
| 6 | 在宅リハビリテーション看護（寝たきりの予防・手足の運動等） |
| 7 | 終末期の看護 |

6 利用料金

基本料金及び加算等を含めた利用料金については、【別表1】または【別表2】の通りです。

7 キャンセル

お客様の都合によりサービスのキャンセルをした場合は、下表の料金を頂きます。

| | |
|-----------------------------|---------|
| ①サービス利用日の前日、17時までにご連絡頂いた場合 | 無 料 |
| ②サービス利用日の前日、17時までにご連絡頂かない場合 | 基本料金の1割 |

※お客様の容態の急変など、緊急かつやむを得ない場合はキャンセル料を頂きません。

※上表の②について、お客様の都合によるキャンセルが頻繁に起こる場合については、キャンセル料を協議のうえ変更します。

| | |
|-----------------|----------------------|
| キャンセルをされる場合の連絡先 | TEL : 0261 -85 -4673 |
|-----------------|----------------------|

8 お支払い方法

前月のサービスご利用分に関する利用者負担金を、北アルプスの風が定める翌月の期日（15日）までにお支払い頂きます。

お支払い方法は、お客様のご都合により、口座引き落とし、あるいは北アルプスの風が指定する以下の口座への振り込みも可能です。ただし、振り込みによるお支払いの場合、振り込み手数料はお客様の負担となりますので予めご了承下さい。

| | |
|--------|--------------|
| お振り込み先 | 八十二銀行 穂高支店 |
| | 普通 684686 |
| | 株式会社 北アルプスの風 |

※上記は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成していない場合など、「償還払い」の取り扱いについては、一旦お客様に基本料金をお支払い頂き、その後、保険者である北アルプス広域連合あるいは市町村に保険給付分を請求して頂くことになります。

9 サービス相談窓口及び苦情受付窓口

①サービス事業所

| | | | |
|------|-----------------------------|-----|--------------|
| 事業所名 | 訪問看護ステーション リーベまつかわ 担当者：合津啓こ | | |
| 受付時間 | 営業日の午前9時00分～午後5時00分 | | |
| 電話番号 | 0261-85-4673 | FAX | 0261-85-4674 |
| 備考 | | | |

②その他

その他の相談・苦情受付窓口としては、下記の窓口がございます。

| | | |
|-----------------------|----|--------------|
| 長野県国民健康保険団体連合会〔介護保険課〕 | 電話 | 026-238-1580 |
| 北アルプス広域連合〔介護福祉課〕 | 電話 | 0261-22-7196 |
| 松川村役場〔福祉課〕 | 電話 | 0261-62-3111 |
| 池田町役場〔福祉課〕 | 電話 | 0261-61-5000 |
| 大町市役所〔民生部福祉課〕 | 電話 | 0261-22-0420 |
| 安曇野市役所〔介護保険課〕 | 電話 | 0263-81-1636 |

10 緊急時の連絡先

緊急時のご親族等への連絡先は、予めサービス従業者により確認させていただきます。サービス提供中に利用者様の容態に急変等があった場合には、予めお伺いした緊急連絡先及び主治医、居宅介護支援事業者等へ連絡します。

当事業者は、利用者様に対する訪問看護及びサービスの提供開始に当たり、利用者様に対して重要事項説明書に基づいて、サービス内容及び重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

(事業者)

住 所：長野県安曇野市豊科南穂高 2240-1
事業者名：株式会社北アルプスの風
代表取締役 神 谷 典 成



(説明者)

所属：訪問看護ステーションリーベまつかわ

氏名

印

私は本書面に基づいて重要事項の説明を受けたことを確認します。

(利用者)

住所

氏名

印

(署名代行者又は法定代理人)

住所

氏名

印