訪問看護ステーション 社協・ふれあい

重要事項説明書

＜令和 ７年 ８月 １日現在＞

医療

当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話　０２６３－５３－９６５５（受付時間：月曜日～金曜日　９時～１７時）
担当　　管理者　　白川　祐子

１．訪問看護ステーション 社協・ふれあいの概要

（１）事業所の名称、所在地等

事業所名	訪問看護ステーション 社協・ふれあい
所在地	塩尻市広丘堅石２１５１－２

（２）同事業所の職員体制

区　分	資　格	常　勤	非 常 勤	業務内容	計
管理者	看護師	１　名		管理・訪問看護	１ 名
看護師	看護師	２　名	５　名	訪問看護	７ 名
理学療法士	理学療法士	２　名		機能訓練	２ 名
事務職員			１　名	事　　務	１ 名

計 １１名

（３）営業日、営業時間

月曜日から金曜日　９時～１７時

＊休日は、土・日曜日、祝祭日、年末年始　　緊急の場合はこの限りではありません。

２．利 用 料 金　（訪問看護料金表参照）

（１）健康保険法又は高齢者の医療の確保に関する法律に基づいた訪問看護療養費に対し、各種医療保険制度に基づく個人負担割合（１回の訪問は１時間３０分以内）

（２）加算料

・休日加算（１回につき）　　３,０００円

（３）交通費

市内往復５０円、市外の方は１ｋｍあたり３７円で計算。

（４）医療・介護用品費

訪問看護でサービスを提供するにあたり、必要になる医療・介護用品等は実費負担となります。（別表参照）

（５）キャンセル料

お客様のご都合で直前キャンセルの場合のみ、基本料金の５０％をキャンセル料としていただきます。

（６）その他

① 訪問看護で、サービスを提供するために使用する、水道、電気等の費用はお客様のご負担になります。

② 料金のお支払い方法

毎月、１０日までにサービスの対価として【契約書別紙】に定める利用単位毎の料金をもとに計算された前月の料金を請求致します。

お支払い方法は、口座引き落とし（八十二銀行、長野銀行、ゆうちょ、JA、長野県信用組合）か、現金にてお願いします。

現金の場合は１０日までに、口座引き落としの場合は月末引落しになります。

料金の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

３．当事業所の訪問看護サービスの特徴

（１） 運営方針

病状が安定し在宅の生活を望む方に対して、できるだけ家族に囲まれた生活を維持できるように医師の指示の基に看護を通して支援する。また看護方法や介護の相談にのり介護負担の軽減をはかるように援助します。

（２） サービス利用のために

サービスマニュアルを作成し、職員一同が良質なサービスに努めます。

随時研修を受け訪問看護師としての資質を高めてまいります。

看護師の交代を希望される方は、申し出て下さい。

（３）緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化などがあった場合は、主治医へ連絡をとり指示に従います。また夜間・休日の病状の急変などの相談は、かかりつけの医師にご相談ください。

連絡がとれない場合やどうしてよいか分からない場合などは、ステーションに連絡してください。必要があればステーションの看護師が訪問します。

（４）事故発生時の対応方法

①当事業所は、訪問看護の提供により事故が発生した場合には、速やかに市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を行います。

②当事業所は、訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償を行います。

③当事業所は、事故が発生した際にはその原因を解明し、再発生を防ぐよう対策を行います。

４．サービス内容に関する相談・要望・苦情

（１）　当事業所ご利用お客様の相談・要望・苦情

電話　０２６３－５３－９６５５

担当　責任者　白川　祐子

（受付時間 月曜日～金曜日 午前９時～午後５時まで）

（２）　その他

当事業所以外に、国保連や市町村の窓口に相談・苦情窓口などに苦情を伝えることができます。

塩尻市役所福祉介護課	０２６３－５２－０２８５
長野県国民健康保険団体連合会　介護保険課	０２６－２３８－１５５５

５．塩尻市社会福祉協議会の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 塩尻市社会福祉協議会	
代表者氏名	小池　晴夫	
介護保険事業所数	居宅介護支援事業所	１か所
	訪問介護事業所	１か所
	通所介護事業所	４か所
	訪問入浴事業所	１か所
	訪問看護事業所	１か所

令和　　年　　月　　日

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

開設者　所在地　塩尻市広丘堅石 2151-2
名　称　社会福祉法人
塩尻市社会福祉協議会
事業者　訪問看護ステーション　社協・ふれあい
会　長　　小池　晴夫　　印

説明者 訪問看護ステーション 社協・ふれあい
氏　名　　白川　祐子　　印

私は、契約書および本書面により、事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受けました。

利用者　住 所
氏 名　　印

（代理人）住 所
氏 名　　印