

契約書別紙 兼 重要事項説明書 (医療保険)

1、事業所の概要

法人名	医療法人仁成会
事業所名	とやの訪問看護ステーション
事業所の所在地	新潟市中央区鳥屋野450-3
電話番号	025-288-2460
指定年月日・事業所番号	令和3年1月1日 ・ 1560191171
管理者の氏名	鈴木 沙
サービス提供地域	新潟市中央区、江南区、新潟市西区 (内野・赤塚エリアを除く)

2、事業の目的と運営の方針

事業の目的 と運営方針	<p>訪問看護の実施にあたっては、利用者の心身の特性を踏まえて、日常生活動作の維持、向上を図るとともに利用者の生活の質が高められるような在宅療養生活の充実に向けて支援します。</p> <p>事業の実施にあたっては、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携に努め、総合的な支援を心がけます。</p>
----------------	--

3、提供するサービスの内容

- (1) 病状、全身状態の観察
- (2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3) 食事及び排泄等日常生活の世話
- (4) 褥瘡の予防・処置
- (5) リハビリテーション
- (6) 認知症患者の看護
- (7) 療養生活への指導・助言等
- (8) カテーテル等の交換・管理
- (9) その他在宅療養を行うために必要な医師の指示による医療処置

4、営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで (祝日を含みます) ただし、年末年始 (12月31日から1月3日) 及びお盆 (8月14日) を除きます。
営業時間	8時30分 ~ 17時30分

5、事業所の職員体制

	従事する業務	常勤	非常勤	計
管理者	業務全般の管理・サービス担当	1名	名	1名
看護職員	サービス担当	2名	1名	3名
理学療法士		名	名	名
作業療法士		名	名	名
言語療法士		名	名	名

6、サービス提供担当者

サービス提供の担当者（訪問看護職員）は以下の通りです。ご利用にあたって、ご不明な点やご要望がありましたら、お申し出ください。

担当者： _____

7、利用料金 ※別紙料金表をご参照ください。

利用者様負担額は、訪問看護療養費の合計に、各保険証の負担割合を乗じた額です。なお、この料金は医療保険制度に基づく料金です。

8、キャンセル

あなたが、このサービスの利用を止めたい場合や一時的に中断したい場合は、お手数ですが、サービス提供日前日までに次の連絡先又はあなたの担当する（介護予防）訪問看護員までご連絡ください。

（連絡先）電話番号 025-288-2460 とやの訪問看護ステーション

サービス提供日前日の17:30までに利用休止のご連絡がなかった場合、キャンセル料（全額）をいただきます。

9、支払い方法

利用者負担金については、1ヶ月ごとにまとめた上で、サービスを利用した月の翌月の10日に請求しますので、以下の方法にてお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の22日に、あなたが指定する口座より引き落とします。
窓口での支払い	とやの中央病院窓口で、現金にてお支払いください。

10、緊急時における対応方法 ※別途お渡しする「緊急連絡先」をご確認ください。

サービス提供中に利用者の体調や容態の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨機応変の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医へ連絡し指示を求める等、必要な措置を講じます。

1 1、苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口 電話番号 025-288-2460

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	新潟市介護保険課介護給付係	025-226-1273
	新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022
	新潟市健康福祉課	各区の電話番号

1 2、サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 看護職員は、次の業務は実施できませんので、ご了解願います。
 - ・各種支払いや年金などの管理、金銭の貸借など金銭に関する取扱い
- (2) 看護職員等に対する贈り物、飲食物の提供はお断りします。
- (3) 利用者様に他の利用者様の健康に影響を与える疾患（感染症）が明らかになった場合は、速やかに事業所にお知らせください。治癒するまでサービスのご利用をお断りする場合があります。
- (4) 看護職員に利用者様の健康に影響を与える疾患（感染症）が明らかになった場合は、訪問日時や訪問者の変更をお願いすることがありますので、ご了解願います。

契約書別紙（兼重要事項説明書）について説明しました。

説明者 _____ 印 _____

以上のとおり、重要事項説明書に定める重要事項について説明を受け、訪問看護に関する契約を結びます。

上記契約を証明するために、本契約書2通を作成し、利用者および事業者の双方が記名押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

(利用者) ご住所：新潟市 _____ 区 _____

お名前： _____ 印 _____

(代理人)

私は、利用者本人に代わり説明を受け、上記署名を行いました。

ご住所： _____

お名前： _____ 印 _____

本人との続柄： _____

(事業者) 所在地 新潟市中央区鳥屋野450-3
事業者名 医療法人仁成会（とやの中央病院）
代表者 理事長 小林 義雄 印