

## 1. 事業者(法人)の概要

事業者名称	医療法人 福仁会
代表者氏名	理事長 中川 博幾
所在地	福井県福井市文京 5 丁目 10 番 1 号
連絡先	電話番号：0776-22-7133      F A X：0776-21-7132

## 2. 事業所の概要

事業所名称	訪問看護ステーション 仁里
サービス種類	訪問看護
管理者氏名	高田 正博
事業所番号	1860190402
所在地	福井県福井市文京 5 丁目 2 番 7 号
連絡先	電話番号：0776-29-7004      F A X：0776-43-9724

## 3. 営業日および営業時間

営業日	月曜日から土曜日
休業日	日曜日、祝日、8月14日・15日、12月10日、12月30日から1月3日
サービス提供日	営業日と同様
サービス提供時間	月曜日から金曜日 8時30分から17時 土曜日 8時30分から12時

## 4. 事業所の従事者体制

管理者	看護師 1 名（常勤：サービス従事者を兼務） 従業者への指導命令や、適切な事業運営を行います。
サービス従事者	看護師 3 名以上（管理者含む） 作業療法士 相当数（福仁会病院との兼務） 精神保健福祉士 相当数（福仁会病院との兼務）
その他	事務員 相当数（福仁会病院との兼務）

## 5. サービスの内容

- (1) 療養上のお手伝いや、通院・服薬の方法、生活リズムの不安などを一緒に考えます。
- (2) 日常生活の困りごと、例えば衣食住について具体的に支援します。
- (3) 家族間の問題や対人関係の悩み、コミュニケーションの方法など、一緒に考え支援します。
- (4) デイケアや就労支援事業所など、地域で利用できる医療・福祉制度を紹介し、支援します。
- (5) 合併症のご相談など、他の病気でお悩みがあれば一緒に考えます。

## 6. サービス利用に当たってのお願い

サービスを受けられる際、保険証等を確認させていただきますので、内容に変更が生じた場合は必ずお知らせください。

## 7. サービスの利用料等

サービスの利用料は、別紙「訪問看護サービス一覧（医療保険）」の通りです。なお、自己負担額の目安等につきましては、契約の際にご提示いたします。

## 8. サービス利用料等の請求と支払方法

### (1) 利用料の請求

利用料の請求書は、実際に受けられたサービス等を記した明細書とともに、利用月の翌月25日までに送付いたします。

### (2) 利用料の支払い

利用料のお支払方法は、口座振替にてお願いいたします。利用月の翌々月15日に、ご指定いただいた口座より自動引き落としさせていただきます。なお、事業者は、利用料のお支払いを受けた際、利用者に対して領収書を発行いたします。

## 9. 緊急時の対応方法

サービスの提供中、利用者に急変、その他緊急事態が生じた場合には、速やかに主治医およびご家族へ連絡し、必要な措置を講じます。

## 10. 事故発生時における対応方法

サービスの提供により事故が発生した場合には、主治医およびご家族等への連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故が事業者の責に帰すべき事由の場合、利用者に対してその損害を賠償いたします。ただし、事業者が故意・過失がない場合は、この限りではありません。

## 11. 個人情報の保護と秘密の保持

事業者は、サービスを提供する上で知り得た、利用者およびご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も継続されます。

また、利用者およびご家族の個人情報を、別紙「個人情報の提供に関する同意書」に定められた目的以外で、第三者に提供することはありません。この守秘義務は契約終了後も継続されます。

## 12. 相談・苦情申立の窓口

### (1) 当事業所相談窓口

電話番号	0776-22-7133
受付時間	営業日の8時30分から17時（土曜日は12時まで）
担当者	土屋 雅裕

### (2) 外部相談窓口

福井市 (介護保険課)	【所在地】 福井市大手3丁目10-1 【電話番号】 0776-20-5715
坂井市 (坂井地区広域連合)	【所在地】 坂井市坂井町上兵庫第40-15 【電話番号】 0776-72-3305
福井県国民健康保険 団体連合会	【所在地】 福井市開発4丁目202-1 福井県自治会館4階 【電話番号】 0776-57-1611

説明年月日 \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

利用者に対して、本書面に基づき重要事項を説明いたしました。

【事業者】 医療法人 福仁会  
住 所 福井県福井市文京5丁目10番1号  
代 表 者 理事長 中川 博幾 印

【説明者】 訪問看護ステーション 仁里  
氏 名 印

本書面に基づき重要事項について説明を受け、その内容に同意しました。

【利用者】  
住 所  
氏 名 印

【上記代理人】 ※代理人を選任した場合のみ  
住 所  
氏 名 印