

訪問看護ステーション アトラス福岡
重要事項説明書

訪問看護ステーション アトラス福岡 重要事項説明書

当事業所はご契約者に対して訪問看護サービスを提供させていただくに際し、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号第8条）及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号第8条）の規定に基づいて、契約を締結する前に、知っておいていただきたい当事業所の内容を説明させていただきます。

1 訪問看護を提供する事業者について

名称・法人種別	一般社団法人 メンタルヘルスサポート九州
代表理事	池田 耕治
所在地	〒814 - 0144 福岡県福岡市城南区梅林二丁目2番17号301号室
連絡先	電話 092-866-0668 F A X 092-866-0668

2 ご契約者へ訪問看護サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地など

事業所名	訪問看護ステーション アトラス福岡
所在地	〒814 - 0144 福岡県福岡市城南区梅林二丁目2番17号301号室
連絡先	電話 092-866-0668 F A X 092-866-0668
事業所番号	4061190726
管理者	池田 耕治

(2) 事業の目的

一般社団法人メンタルヘルスサポート九州が開設する訪問看護ステーション アトラス福岡が行う訪問看護及び介護予防訪問看護の事業は、精神疾患に罹患した当事者やその家族に対して多職種で編成したチームにより、リカバリー（人生の回復）に必要な医療、福祉を含めた包括的なサービスを提供し、地域生活における生活の質の向上を図ることを目的とします。

(3) 事業の運営方針

ステーションの看護師等は、精神疾患に罹患した当事者やその家族のリハビリ（人生の回復）に必要な医療、福祉を含めた包括的なサービスを、ストレングスモデルに基づき提供し、生活の質の向上を図るものとします。また、事業の実施に当たっては、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、総合的なサービス提供に努めるものとします。

(4) 事業所の職員体制等(2025年9月1日現在)

従業者の職種	人数	区分	
		常勤	非常勤
管理者（訪問看護師兼務）	1	1	
訪問看護師（准看護師）	12	9	3
作業療法士	3	2	1
臨床心理士・精神保健福祉士・公認心理師等	3	3	

(5) 営業日及び営業時間

平日	9：：00～18：00
休業日	土・日・祝・お盆（8/13～15）・年末年始（12/29～1/3）
24時間緊急時体制	休日及び時間外は、緊急電話への連絡となります。

(6) 事業の実施地域

事業の実施地域は原則として福岡市全域（離島を除く）とします。

※上記地域以外をご希望の方はご相談ください。

3 指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の内容について

指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の内容は、次のとおりとします。

- ① 病状・障害の観察
- ② 清拭・洗髪等による清潔の保持
- ③ 療養上の世話
- ④ 褥創の予防・処置
- ⑤ リハビリテーション
- ⑥ 認知症患者の看護
- ⑦ 療養生活や介護方法の指導
- ⑧ カテーテル等の管理
- ⑨ その他医師の指示による医療処置
- ⑩ その他必要と思われる支援

4 利用料金表

(1) 介護保険給付対象サービス

介護保険の適用がある場合は、別紙1 金額の1割、2割又は3割が利用者の負担額となります。(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

* 下記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、お客様の居宅サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

* 介護保険での給付の範囲を超えたサービスの利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

<介護予防訪問看護費>

別紙1 参照

(2) 医療保険給付対象サービス

医療保険の適用がある場合は、原則として下記料金表の利用料金の3割が利用者の負担額となります。自立支援医療制度の手続き済みの方は1割負担(上限あり)となります。

<訪問看護基本療養費・訪問看護管理療養費>

別紙2 参照

(3) 24時間対応体制加算について

利用者または家族から電話等により看護に関する意見を求められた場合、常時対応できる体制にあり、かつ計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行うことができる体制にあります。

私はこれに対する加算を行うことに同意します。

同意しません。

(4) 交通費

原則として無料とします。

(5) その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、お客様の負担とします。

(6) 利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分をご請求いたしますので、下記方法にてお支払いください。

訪問時にお支払い

※お支払い時に領収書を発行します。

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

- (1) 当事業所のサービスに関する相談・苦情等に対する窓口として、相談担当者を設置しております。また担当者が不在の時は、基本的な事項については誰でも対応できるようにするとともに、担当者に必ず引き継ぐようにしております。

事業所電話番号 (FAX 兼)	092-866-0668
相談担当者	池田 耕治

- ② 苦情の受付は口頭でも行いますが、窓口「苦情・要望箱」を設置し、文書による苦情・要望にも応えられるよう対応致します。
- ③ 営業日、営業時間以外についても、転送電話、留守番電話で応対し、後日速やかに対応致します。

(2) 円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順は、以下のとおりです。

- ① 苦情があった場合は、直ちに相談担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認いたします。
- ② 苦情内容については管理者に報告するとともに、相談担当者が必要であると判断した場合は、事業所の職員全員で検討会議を行います。
- ③ 検討の結果等を踏まえて、必ず翌日までに具体的な対応をいたします。(利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等)
- ④ 記録を台帳(パソコンのデータベース)に保管し、再発防止と今後の改善に役立てます。

(3) 公的機関の相談窓口は地域ごとに、以下のとおりとなります。

- ① 福岡市博多区 福祉・介護保険課 092-419-1081
- ② 福岡市中央区 福祉・介護保険課 092-718-1102
- ③ 福岡市城南区 福祉・介護保険課 092-833-4105
- ④ 福岡市東区 福祉・介護保険課 092-645-1069
- ⑤ 福岡市西区 福祉・介護保険課 092-895-7066
- ⑥ 福岡市南区 福祉・介護保険課 092-559-5125
- ⑦ 福岡市早良区 福祉・介護保険課 092-833-4355
- ⑧ 福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口 092-642-7859

6 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をします。

① 24時間対応電話番号（利用者・家族専用）

TEL 080-8370-1726

② 主治医

医療機関名	
主治医名	
医療機関所在地	
連絡先	
備考欄	

③ ご家族

お名前（続柄）	（ ）
連絡先	
お名前（続柄）	（ ）
連絡先	
備考欄	

7 お客様へのお願い

介護保険サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。

8 損害賠償について

- ① 本事業所は、お客様に対するサービスの提供にあたって、本事業所の責めに帰すべき事由によりお客様またはそのご家族の生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害を賠償致します。ただし、お客様またはそのご家族等に過失がある場合には、本事業所は賠償責任を免除され、または賠償額を減額されることがございます。（車両に同乗中の事故には、自動車保険の範囲内で賠償いたします。）
- ② 物品の賠償にあたっては現状復帰を原則とし、その対応にあたっては専門家による修理又は復元を原則と致します。
- ③ 修理又は復元が不可能な場合は、原則として購入時の価格ではなく時価（購入価格や使用年数・耐用年数を考慮した額）をその賠償範囲とします。そのため、購入から長年を経過した品物については賠償致しかねることがございます。

- ④ 取扱いに特別の注意が必要な物品等については、予めご提示をお願い致します。ご提示の無い場合、賠償致しかねることがございます。
- ⑤ お客様又はそのご家族等は、お客様又はそのご家族の責めに帰すべき事由により、本事業所の従業員生命、身体及び財産に損害を及ぼした場合には、相当範囲内においてその損害賠償を請求される場合がございます。

9 介護給付費及び医療費の改正

国が定める介護給付費（介護報酬）及び医療費（診療報酬）の改定があった場合、本事業所の料金体系は、国が定める介護給付費及び医療費に準拠するものと致します。

10 虐待の防止に関する措置

本事業所は、お客様の人権の擁護、虐待の防止のため、従業員に対し定期的な研修・教育に必要な措置を講じます。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。つきましては、本書を2通作成し、訪問看護ステーション及びお客様（又はその代理人）は、記名押印の上、各1通を保管するものと致します。

令和 年 月 日

事業者 住所 福岡市城南区梅林二丁目2番17号301
事業者（法人）名 一般社団法人 メンタルヘルスサポート九州
代表理事 池田 耕治 印

事業所名 訪問看護ステーション アトラス福岡
事業所住所 福岡市城南区梅林二丁目2番17号301
事業所番号 4061190726

管理者 池田 耕治 印
説明者 職 名
氏 名 印

私は、サービス内容説明書及び重要事項説明書に基づいて、訪問看護のサービス内容及び重要事項の説明を受けました。

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

個人情報使用同意書

私自身及び家族等の個人情報については、円滑に支援を提供する為に実施されるケア会議、他の事業所との私の利用するサービスに係る連絡調整において必要な場合、緊急時における医療機関等への情報提供、障害福祉サービスに関する行政機関等、必要最小限の範囲において個人情報を使用することに同意します。

一般社団法人 メンタルヘルスサポート九州
訪問看護ステーション アトラス福岡

管理者 池田耕治 様

令和 年 月 日

氏名 _____ 印

電話番号 _____

当該家族氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____

代理人住所 (必要な場合) _____

続柄 _____

代理人氏名 _____ 印