

重 要 事 項 説 明 書

当事業所はご契約様に対して訪問看護サービスを提供します。

開始に当たり、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを次の通り説明します。

1. 事業者の概要

事業者名所 徳島県厚生農業協同組合連合会 (JA 徳島厚生連)
主たる事業所所在地 徳島市佐古一番町 5 番 12 号
法人種別 農協法人
代表者名 代表理事理事長 板東 正人

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名所 JA 徳島厚生連 訪問看護ステーション共栄
所在地 徳島県阿南市宝田町川原 6 番地 1
電話番号 0884-28-6032
管理者名 田渕 征子
介護保険事業所番号 3661390017

3. 事業目的と運営方針

事業の目的 :

医療保険法、介護保険法、その他関係法令の趣旨に従い、家庭での療養生活を支援し、心身の機能回復を図ると共にその生活の質確保を図ることを目的とする。

運営方針 :

- ① ステーションは、地域との結びつきを重視し、他の保険・医療・福祉サービスとの密接な連携を図り、良質の訪問看護サービス提供を目指します。
- ② 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスを提供するよう努めます。

4. 職員体制

職種	看護師・理学療法士
勤務体制	常勤 7 名 午前 8 時 30 分～午後 4 時 45 分 24 時間対応体制

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 国民の祝日・年末年始（12月30日～1月3日）を除く
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 4 時 45 分

※緊急時連絡訪問体制（24 時間対応体制）を行っています。

ご利用には、別途料金が加算されます。（保険法令に定められた加算）

いつでも療養上の相談や連絡が必要な時に、訪問看護ステーションの看護師が直接対応する体制です。

療養生活を安心して送っていただくために、実施しているものです。

病状の変化や介護相談はいつでもご連絡ください。

緊急時には、訪問看護を実施いたします。

6. ご利用にあたってのお願い

- ①保険証や医療受給者証を確認させていただきます。これらの書類に変更が生じた場合は、必ずお知らせください。各種保険の他、公費負担医療保険制度もお取扱いいたします。
- ②看護師は、訪問看護サービス以外の業務（調理、買い物、掃除、洗濯、金銭の管理など）はできません。
- ③職員に対する贈り物や飲食などのもてなしは堅くご遠慮させていただきます。

7. 緊急時の対処方法

利用者の主治医または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。
また、緊急連絡先に連絡いたします。

利用者の主治医	氏 名	
	所 属 医 療 機 関 名 所	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
協力医療機関	医 療 機 関 の 名 称	JA 徳島厚生連阿南医療センター
	院 長 名	前田 徹
	所 在 地	阿南市宝田町川原 6 番地 1
	電 話 番 号	0 8 8 4 — 2 8 — 7 7 7 7 (代)
	入 院 設 備	有り
	救 急 指 定 の 有 無	有り
	契 約 の 概 念	当事業者と阿南医療センターの施設は別ですが、阿南医療センターの医師が主治医の場合は、緊急時の連絡を速やかに行います。
	診 療 科	内科・外科・整形外科・脳神経外科・小児科・産婦人科・耳鼻咽喉科・眼科・皮膚科・形成外科・泌尿器科・放射線科 など

緊急連絡先	氏 名 続 柄	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼 間 の 連 絡 先	
	夜 間 の 連 絡 先	

8. ご利用料金

別表参照

9. 相談等窓口

ご利用者ご相談窓口	ご利用時間 24時間看護・介護に関するご相談ください。 ご利用方法 電話 0884-28-6032 携帯電話 090-4501-9836 FAX 0884-28-6051 場所 当ステーション事業所内 担当者 田渕征子
阿南市役所介護保険課	ご利用時間 平日 月曜日～金曜日 介護保険に関する相談、質問は行政窓口で受け付けてもらいます。 ご利用方法 電話 0884-22-1793
徳島県国民健康保険団体連合会 介護保険課	ご利用時間 平日 月曜日～金曜日 介護サービスに関する相談問合せを受け付けてもらいます。 介護に関する苦情相談窓口、介護事業所、介護施設への苦情を受け付けています。 ご利用方法 電話 088-665-7205 場所 徳島市川内町平石若松78-1

令和 年 月

(事業者) 指定訪問看護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項説明を行いました。

JA徳島厚生連 訪問看護ステーション共栄

説明者職名 訪問看護師 氏名 _____ 印

(利用者) 私は、本書面に基づいて当時業所から重要事項の説明を受け、指定訪問看護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者家族 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者、事業者は署名押印した本書2通を作成し、利用者、事業者が各1通ずつ保有することとします。