第1条　事業の目的

医療法人　敬寿会が行う訪問看護事業は、在宅療養者の生活の質の確保、日常生活における動作能力の維持・回復を補助していくことにより、在宅療養者のQOLを確保し、病状に応じた適切な看護を提供し、利用者の住み慣れた地域社会や家庭で、より安定した療養生活が送れるよう支援していくことを目的とする。

第2条　運営の方針

訪問看護事業の実施にあたっては、この訪問看護業務を通して地域の在宅医療に貢献すると同時に、医療・保健・福祉等の地域関係機関との密接な連携及び調整に努め協力と理解のもとに適切な運営を図るものとする。

第3条　名称及び所在地

名称・法人種別	医療法人　敬寿会
代　表　者	理事長　安井　直
事業所名	訪問看護ステーション　ハーモニー
所在地	愛知県大府市吉川町一丁目55番地
連絡先	0562-44-3323
管理者名	柴田　久香
サービス種類	訪問看護ステーション
介護保険指定番号	2364290193号
サービス提供地域	大府市　東海市（名和地区を除く）知多市（巽ヶ丘・八幡地区）東浦町（緒川以北）

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

第4条　営業日及び営業時間

平　日	午前8：30　～　午後5：00
定休日	土曜日　日曜日　祝日　12/29-1/3、8/13-8/15

第5条　従業者の職種、員数、及び職務内容は次のとおりにする。

	資　格	常勤換算
管理者	看護師	1名
看護師	看護師	3名
事務職員		0.5名

⑴管理者

管理者は、従業員の管理及び事業の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うものとし、また、医学的観点から計画の作成に必要な情報提供及び看護の方法についての指導、助言や利用者・家族に対する療養上必要な事項の指導、助言を行う。

⑵訪問看護師

訪問看護師は、主治医の指示に基づき要介護者（介護予防にあっては要支援者）の心身の機能の回復を図るため、療養上の目標と具体的なサービスの内容を記載した訪問看護計画（介護予防訪問看護計画）を作成するとともに、主要な事項について利用者またはその家族に説明し、利用者の同意を得て、当該計画を利用者に交付し、居宅サービス（介護予防サービス）を行う。

⑶事務職員

請求事務及び管理者の指示のもと必要な事務処理を行う。

第6条　サービス内容に関する苦情

(1)事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL　：0562-44-3323

担　　当　　者：　柴田　久香

受　付　時　間：午前8：30～午後5：00

(2)その他当方以外に、下記へ相談・苦情を申し立てることができます。

知多北部広域連合　事業課　給付係	電話	052-689-2263
東海市　高齢者支援課	電話	052-689-1600
大府市　高齢障がい支援課	電話	0562-45-6289
知多市　福祉課	電話	0562-33-3151
東浦町　ふくし課	電話	0562-83-3111
＿＿＿＿＿＿市町村	介護保険担当部署	
愛知県国民健康保険団体連合会(介護保険サービスに関する苦情)		
〒460-0001	電話	052-971-4165
名古屋市東区泉一丁目6番5号	FAX	052-962-8870

第7条　利用料金は次のとおりにする。

(1)訪問看護費用

介護・医療報酬告示上の額に各利用者の介護・医療保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額とする。

(2)料金表

介護保険、医療保険ともに料金表　別表1に記す。

(3)交通費

介護保険‥原則なし。ただし、　第3条に規定した通常の事業の実施地域を越えて行う交通費については、事業所の実施地域を越える地点から自宅までの交通費の実費を徴収する。なお、自動車を使用した場合の交通費は、以下の額を徴収する。

区分（片道の距離）	交通費
3．5km未満	600円
3．5km以上4．5km未満	700円
4．5km以上5．5km未満	800円
5．5km以上6．5km未満	900円
6．5km以上7．5km未満	1,000円
以下1km増すごとに100円を加算	

医療保険

区分（片道の距離）	交通費
大府市内	300 円
その他の市町(ステーション起点)	
6km 未満	300 円
6km 以上 8km 未満	400 円
8km 以上 10km 未満	500 円
以下 1km 増すごとに 50 円を加算	

(4)保険給付対象外サービス

保険給付対象外のサービス利用料金は、全額ご利用者様の負担になります。

(5)キャンセル料

ご利用者様のご都合でサービスを中止する場合は、下記のキャンセル料金をいただきます。
キャンセルをされる場合は、至急事業所までご連絡ください。

①ご利用日の前営業日の 17 時 15 分までにご連絡いただいた場合	無料
②ご利用日の前営業日の 17 時 15 分までにご連絡がなかった場合	1,000 円
③訪問後の利用中止や不在の場合	3,000 円

(6)その他の利用料

料金表 別表1に記す。

第8条 緊急時の対応

当事業者におけるサービスの提供中に、ご利用者様に容体の変化などがあった場合は、事前の打ち合わせによる、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者など、関係各位へ連絡します。

主治医	病院名	
	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	様 (続柄:)
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	様 (続柄:)
	連絡先	
主治医・ご家族などへの連絡基準		高熱、急変があった場合は主治医とご家族様に連絡させていただきます。

第9条 施設は、従業者の質的向上を図るための研修の機会を設け、業務体制を整備する。

(1)採用時研修 採用後 6カ月以内

(2)継続研修 年1回以上

第10条　秘密保持

(1)従業者は業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する。

(2)従業者であった者に、業務上知り得た利用者又は家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持させるべき旨を従業者との雇用契約の内容とする。

この規程に定める事項のほか、運営に関する重要事項は、医療法人敬寿会と事業所の管理者との協議に基づいて定めるものとする。

【事 業 者】愛知県大府市桜木町 2-192
医療法人　敬寿会
理事長　安井　直　　印

【事 業 所】愛知県大府市吉川町 1-55
医療法人　敬寿会　訪問看護ステーション　ハーモニー
管理者　柴田　久香　　印

重要事項説明書の内容について説明を受け、了承しました。

令和　　年　　月　　日

【利用者】

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印