

# 重要事項説明書

様 (以下「利用者」とします)

## 1. 事業の目的

事業所は、介護保険法及び健康保険法等の関係法令並びにサービス契約に従い、訪問看護師を利用者の居宅に派遣して、利用者に対し、医師の指示や治療方針、居宅サービス計画に沿った療養上の世話及び診療の補助を行い、利用者が可能な限り居宅においてその能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように支援します。

## 2. 運営方針

実施にあたっては、利用者の多様なニーズに応えるため、関係市区町村、地域の保健医療・福祉機関と速やかに連携を取り対応致します。また、円滑な事業運営に努め、地域医療の推進を図ります。

## 3. 事業所の概要

### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター附属訪問看護ステーション
所在地	埼玉県さいたま市浦和区北浦和4-9-3
事業所番号 (介護保険)	1166591127
管理者の氏名	小林 奈津子
連絡先	電話：048-832-4951 FAX：048-826-2054

### (2) 事業所の職員体制

職種	資格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	備考
管理者	経験のある看護師	—	1人	—	—	看護職員と兼務
看護職員	看護師	3人	1人	—	—	管理者と兼務
事務職員		—	—	1人	—	

### (3) 従業者職務の内容

- ・管理者は、ステーションの従業者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とともに自らも事業の提供に当たる。
- ・看護師は、主治医の指示書及び居宅介護サービス計画に沿って、訪問看護計画書及び訪問看護報告書（介護予防訪問看護計画書及び訪問看護報告書を含む。）を作成し、事業の提供に当たる。
- ・事務職員は、介護給付等の請求事務及び通信連絡等に当たる。

## 4. 訪問実施地域

さいたま市浦和区、中央区、桜区、南区、緑区（エリア以外は要相談）

## 5. 訪問看護実施日及び実施時間

- (1) 営業日 月曜日～金曜日（9：00～17：00）
- (2) 休日 土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12月29日～1月3日）緊急時は随時
- (3) 休日及び時間外は、携帯電話（別紙の緊急連絡先）への連絡となります

## 6. サービス内容

- (1) 病状や体調の観察
- (2) 薬の確認や整理
- (3) 療養生活や介護方法の指導
- (4) 日常生活の支援（食事・排泄の介助、身体の保清など）
- (5) 胃瘻やカテーテル類の管理
- (6) 褥瘡や傷の予防、処置
- (7) その他、医師の指示による医療処置
- (8) ターミナルケア・緩和のケア
- (9) がんや認知症の看護
- (10) 訪問看護計画書の作成及び利用者又は家族への説明、提供など付随するもの

## 7. サービス利用料金及び利用者負担、お支払い方法

- (1) 医療保険法、介護保険法に規定する訪問看護費用  
（詳細は、別紙「利用料金表」を参照ください）
- (2) 通常のサービスの範囲を超える保険外の費用（全額自己負担となります）
- (3) 訪問時の交通費は、当事業所から3kmを超えた時点から1kmごとに55円（税込）となります。（別紙のとおり）
- (4) 公共交通機関等（タクシー含む）を利用した場合は実費となります。
- (5) 支払方法は、原則として口座引き落としとなります。（毎月28日）
- (6) 利用者が正当な理由なく利用料の支払いを怠り、事業所が相当期間を定めて催告したにもかかわらず全額の支払いがなされない場合には、当事業所は、利用者に対するサービスの一部又は全部の提供を一時停止することがあります。また、3ヶ月に亘って利用料の全額の支払いがなされない場合には、事業所は直ちに本契約を解除することができます。
- (7) 当サービスを終了する場合においても、利用料のお支払いについては、原則として口座引き落としとなりますので、お申込頂いた銀行口座は解約しないで下さい。（利用者の都合により口座引き落としができない場合については、事業所の担当者にご相談下さい。）

## 8. サービスの解約及びキャンセル

(解約) 利用者は、事業所が行うサービスについて、いつでも本契約の解約を申し入れることができます。この場合、7日以上予告期間をもって解約の申出をすることとし、予告期間の経過をもって本契約は終了します。

(キャンセル) 利用者がサービスの利用中止（以下、「キャンセル」とします。）をする際には速やかに事業所まで連絡をしなければならないものとします。

利用者の都合により本サービスをキャンセルする場合は、サービス予定日前日の17:00までに連絡をしなければならないものとします。何ら申し出なくサービスがキャンセルされた場合は、利用者に次のキャンセル料金をお支払い頂きます。但し利用者の容態の急変など、緊急且つやむを得ない事情がある場合には、キャンセル料金は頂きません。

キャンセルの連絡時間	料金内容
サービス予定前日17:00までに連絡をされた場合	キャンセル料は頂きません
サービス予定前日17:00までに連絡を頂かなかった場合	サービス予定のご利用料金の自己負担分

## 9. 緊急時の対応

サービスの利用にあたり、利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた場合は、必要に応じて応急処置を行うと共に、速やかに主治医へ連絡し、適切な処置を行います。

## 10. 相談窓口、苦情対応

(1) 訪問看護に関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

担当窓口	電話番号：048-826-2053（直通） 平日 9:00～17:00 訪問看護責任者 小林 奈津子
------	--

(2) 以下の公的機関においても苦情申出等が可能です。

浦和区役所高齢介護課	電話番号：048-829-6153
中央区役所高齢介護課	電話番号：048-840-6068
桜区役所高齢介護課	電話番号：048-856-6177
南役所高齢介護課	電話番号：048-844-7177
緑区役所高齢介護課	電話番号：048-712-1178
さいたま市役所介護保険課	電話番号：048-829-1264・1265
埼玉県国保連合会（苦情相談）	電話番号：048-824-2568

## 11. 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問看護等の提供により事故が発生した場合は、速やかに市町村、利用者の家族、介護支援専門員（介護予防にあつては地域包括支援センター）等に連絡を行うとともに必要な措置をとるものとします。

## 12. 虐待防止

- (1) 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は速やかにこれを市町村に通報するものとします。
- (2) 事業所は、利用者に対する虐待防止のために次の措置を講じます。
  - ・虐待防止ための指針の整備
  - ・定期的な検討委員会の開催：年1回
  - ・就業者に対する虐待防止のための定期的な研修を実施：年1回（採用時12か月以内）

## 13. 身体拘束等の原則禁止

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、利用者又は他の家族の生命又は身体を保護するための緊急やむを得ない場合、本人又は家族に対し、身体拘束の内容、理由、期間等について説明し同意を得た上で、その態様及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要事項を記録することとする。

## 14. 秘密の保持

事業所が行うサービスにおいて、業務上知り得た利用者の情報は堅く秘密を保持します。職員が退職後も在職中に知り得た秘密を漏らすことがないよう厳守します。訪問するにあたり、サービス事業者の開示しなければならない情報については、事前に利用者またはそのご家族から、文書で同意を得るものとします。

## 15. 損害賠償

サービスの提供にあたって、事業所の故意または過失によって事故が発生し、利用者およびそのご家族の生命・身体・財産等に対し損害が発生した場合は、損害を賠償します。但し、利用者側に重大な過失がある場合は、損害賠償を減ずることができます。

## 16. 利用に際してのお願い

サービスの際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。

- ① 看護師等は、年金の管理、金銭の貸借など、金銭の取り扱いは応じかねます。
- ② 看護師等は、保険制度上、利用者の心身の機能の維持、回復のために、療養上の世話や診察の補助を行うこととされています。それ以外の業務は認められていません。
- ③ 悪天候や交通障害等により、訪問の中止や予定日の変更をお願いする場合がありますのでご承知おき願います。
- ④ 看護師等に対する贈り物や飲食のもてなしは、ご遠慮させていただきます。
- ⑤ 事業所は地域医療の質向上に貢献するため、学生の臨地実習受け入れ施設となっております。教育の必要性をご理解いただき、ご協力をお願いすることがございます。  
(ご協力の可否につきましては、利用者の意思に基づくものであり、可否の結果により利用者が何ら不利益を被るものではありません。)

- \*この規定は令和2年9月より施行する
- \*この規定は令和3年4月より施行する
- \*この規定は令和3年9月より施行する
- \*この規定は令和4年4月より施行する
- \*この規定は令和7年3月より施行する

令和.....年.....月.....日

訪問看護の開始にあたり、本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

事業所名 独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター附属  
訪問看護ステーション

説明者 ..... 印

私は、上記のとおりサービスを利用するにあたり重要事項の説明を受け、内容を理解した上で利用開始の同意をします。

(利用者) 住所 .....

電話 .....

氏名 ..... 印

(代理人) 住所 .....

電話 .....

氏名 ..... 印

(本人との続柄 : )