

重要事項説明書

(訪問看護)

利用者：_____様

事業者：ひより訪問看護ステーション
株式会社 陽寄りの丘

ひより訪問看護ステーション 重要事項説明書

令和 8 年 8 月修正

利用者に対する訪問看護サービスについて、厚生労働省令により予め説明し同意を得ることが定められています。

1 指定訪問看護サービスを提供する事業者について

事業者名 株式会社 陽寄りの丘
所在地 埼玉県児玉郡美里町甘粕 139 番地 7 篠原ビル
代表者氏名 篠原 利江
法人設立年月日 平成 23 年 5 月 23 日

2 利用者に対してサービスを提供する事業所について

事業所名 ひより訪問看護ステーション
所在地 埼玉県児玉郡美里町甘粕 139 番地 7 篠原ビル
電話番号 0495-71-8585
FAX番号 0495-71-8584
サービス提供地域 美里町、寄居町、深谷市、本庄市、上里町、神川町
営業日 月曜日～金曜日(12月30日～1月3日は除く)
営業時間 8時30分～17時30分
介護保険指定事業所番号 1164290078
ホームページ: <https://www.hiyori-no-oka.co.jp/>

3 職員体制

ステーション所長	武井 昭枝	常勤看護師
管理者	岩垂 麻衣子	常勤看護師
看護師	飯島 由紀枝	常勤看護師

4 事業計画及び財務内容について

事業計画及び財務内容については、利用者及びその家族にとどまらず全ての方に対し、求めがあれば閲覧することができます。

5 事業の目的、運営方針

(1) 事業の目的

要介護状態(介護予防にあつては要支援状態)と認定された利用者に対して看護サービスを提供し、居宅において利用者が有する能力に応じた、可能な限り自立した生活を確保することができるように支援することを目的とします。

(2) 運営方針

事業の実施に当たっては、人員の確保、教育指導に努め利用者箇々の主体性を尊重し、地域の保険医療・福祉との連携のもと総合的なサービス提供に努めます。

6 提供するサービスの内容

- (1) 病状の観察・経過観察、血圧・体温・脈拍などのチェック、医学的観点からの指導やアドバイス等を行うとともに、緊急性の必要な場合は主治医と連携や緊急時対応を行う
- (2) 療養上の世話、身体の清潔保持、入浴介助、食事・排泄のコントロールや相談、助言、服薬管理
- (3) 創処置、主治医指示による軟膏・創処置・褥瘡予防・工夫指導、経過処置
- (4) 居宅生活上のリハビリテーション(拘縮予防・機能回復・維持訓練等)
- (5) 医療機器等の管理、在宅酸素、吸引処置、カテーテル等の管理
- (6) 医師の指示による在宅での補液等の管理、血糖値管理
- (7) ターミナルケア、疼痛コントロール、看取りの看護、ご家族等への支援
- (8) 認知症のケア(予防、相談、事故防止、工夫等のアドバイス)
- (9) 介護予防、低栄養、脱水、機能低下、閉じこもり等のご家族への支援
- (10) 精神障害者のケア
- (11) 小児疾患ケア、リハビリ、ご家族への支援

7 サービスの利用方法・留意点

介護保険・医療保険ともに、主治医から訪問看護が必要と認められた方に対し、医師の指示書が交付され訪問看護の利用が可能となります。

(1) 介護保険での訪問看護

- ① 65 歳以上の第 1 号被保険者で介護認定審査の結果、要支援又は要介護と認定された方
- ② 40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者(特定疾病)で介護認定審査の結果、要支援又は要介護と認定された方

※訪問看護は、介護保険法が健康保険法等に優先するため、介護保険の要介護等保険者は介護保険制度の訪問看護となります。但し、要介護(要支援)であっても以下の場合は健康保険での訪問看護となります。

(2) 健康保険での訪問看護

- ① 40 歳未満の医療保険加入者
- ② 40 歳以上 65 歳未満の 16 特定疾患患者以外の者
- ③ 65 歳以上で要支援・要介護に該当しない者
- ④ 要支援・要介護のうち
 - ・特別訪問看護指示書期間
 - ・厚生労働大臣が定める疾病等

・精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護

- (4) サービスの提供時間は他利用者様の訪問や緊急訪問等による遅れなど、時間帯が前後することがありますのでご了承ください。
- (5) 代行訪問や振替訪問に関して、基本的には定期日時でスケジュールを組んでおりますが、担当者や業務の都合上、振替訪問及び代行者による訪問を依頼することがありますのでご了承ください。
- (6) 同行訪問に関して、研修や実務評価及びご利用者様の情報共有を理由に複数名での訪問のご依頼をさせて頂くことがありますので、ご理解ご了承お願いいたします。
- (7) 担当者の変更に関して、スタッフの都合や他のご利用者様のスケジュール等、業務上の理由により担当者の変更をご提案させていただく場合があります。

(8) 介護保険被保険者証に記載された内容をカメラで撮り、データ保存させていただきます。また、医療保険でのご利用の場合は、健康保険証、マイナ保険証等の内容をカメラで撮り、データ保存させていただきます。被保険者の介護保険被保険者証や健康保険証、住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

(9) オンライン資格確認について

当事業所では、オンライン資格確認を実施しています。

オンライン資格確認システムを活用し、利用者様の受診歴、薬剤情報その他必要な診療情報を取得・活用することで、より適切で質の高い訪問看護サービスの提供に努めています。

8 虐待の防止について

事業者は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、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します。

9 費用(別紙参照)

10 交通費

通常の事業の実施地域以外の場合、運営規定の定めに基づき、交通費の実費を徴収させていただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は通常の事業の実施地域を超えた地点から往復 1 キロメートル当たり 20 円加算させていただきます。

11 キャンセル料

お客様のご都合でサービスを中止する場合、下記のキャンセル料をいただきます。キャンセルが必要になった場合は至急ご連絡ください。

- (1) 利用日の前営業日の 17 時迄にご連絡いただいた場合無料

(2) 利用日の前営業日の17時迄にご連絡いただけなかった場合当該基本料金 50%

12 その他の費用

指定訪問看護と連続して行う死後の処置ご希望の場合(保険外サービスとして10000 円(外税))を申し受けます。

13 料金の支払い方法

毎月月締めとし、翌月 15 日迄に当月分の料金を請求致しますので 23 日迄に予め指定の方法でお支払いください。

14 看護職員の禁止行為

看護職員はサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

- (1) 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類の預かり
- (2) 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- (3) 利用者の同居家族に対するサービス提供
- (4) 利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- (5) 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- (6) 利用者又は家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

15 サービス提供に関する相談・苦情について

- (1) 提供した指定訪問看護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。
- (2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順を整えています。
- (3) 苦情申し立ての窓口

事業所	0495-71-8585
ひより訪問看護ステーション	受付時間 月～金 8時30分～17時
美里町住民保険課	0495-76-1366
寄居町福祉課	048-581-2121
深谷市長寿福祉課	048-574-6645
本庄市介護保険課	0495-25-1719
上里町高齢者いきいき課	0495-35-1243
神川町町民福祉課	0495-77-2112
埼玉県国保連合会(苦情相談担当)	048-824-2568
大里郡広域市町村圏組合介護保険課	048-501-1330

16 ハラスメント防止について

利用者様及びご家族様、職員が互いに尊重し、安心・安全にサービスを提供・利用できるよう、暴言・暴力・威圧的言動・セクシュアルハラスメント・過度な要求等のハラスメント行為はご遠慮ください。

これらの行為が継続し、安全なサービス提供が困難と判断した場合は、訪問の中止、担当者の変更、関係機関への相談、サービス提供の終了等の対応を行うことがあります。なお、見守りカメラ等を設置している場合は事前にお申し出いただき、録画・録音データを職員の同意なく SNS 等へ掲載することはご遠慮ください。

17 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問看護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（介護予防に当たる方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講じます。

18 身分証携行義務

訪問看護師は常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められたときはいつでも身分証を提示します。

19 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者へ連絡いたします。

主治医	病院名 _____
	主治医氏名 _____
	連絡先 _____
ご家族	氏名 _____
	連絡先 _____

本書面に基づき重要事項を説明いたしました。 年 月 日

事業所 ひより訪問看護ステーション

説明者名 _____

利用者 住所 _____

氏名 _____

家族 住所 _____

(利用者の住所と異なる場合は記載)

氏名 _____

代筆者 住所 _____

(利用者、家族の住所と異なる場合は記載)

氏名 _____

代筆理由 本人の身体的理由により記入困難
その他()