

重要事項説明書

(訪問看護・介護予防訪問看護)

独立行政法人 地域医療機能推進機構
仙台南病院附属訪問看護ステーション

(介護/介護予防)

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をしてください。

1 訪問看護事業者（法人）の概要

名称・法人別	独立行政法人地域医療機能推進機構
代表者名	山本 修一
所在地・連絡先	（住所）東京都港区高輪 3-22-12 （電話）03（5791）8220

2 事業所の概要

（1）事業所名称

事業所名	独立行政法人地域医療機能推進機構仙台南病院附属 訪問看護ステーション
事業所の種類	指定訪問看護事業所 令和5年3月1日指定 仙台市指定 第0465490449号
所在地・連絡先	（住所）宮城県仙台市太白区中田町字前沖143 （電話）022（306）1735 （FAX）022（306）1735
サービス提供地域	当訪問看護ステーションの5km圏内 【仙台市太白区】郡山地区、長町南地区、富沢地区、 大野田地区、袋原地区、柳生地区、中田地区 【仙台市若林区】六郷地区、沖野地区 【名取市】閑上地区、増田地区、下増田地区、増田西地 区、館腰地区、高館地区、名取が丘地区、愛島地区、 ゆりが丘地区、那智が丘地区 ※但し、サービス提供地域以外の訪問看護に関しては相 談に応じます。
管理者の氏名	佐々木 法子

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態（介護予防にあっては要支援状態）であり、主治医の医師が必要を認めた利用者に対し、適正な指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の事業の提供を目的とします。
運営の方針	1 要介護者の心身の特性を踏まえて、総合的に日常生活動作の維持・回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援します。 2 指定介護予防訪問看護の提供にあたり、要支援者が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、その療養生活を支援するとともに、利用者の心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指します。 3 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ます。 4 利用者の人権擁護、虐待防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じていきます。 5 事業所は、必要な時、必要な訪問看護・介護予防訪問看護の提供が行えるよう事業体制の整備に努めます。

(3) 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名	—	—	—	
看護職員	看護師	3名	1名	1名	—	常勤兼務者は病院勤務と兼務
事務職員		—	—	1名	—	

① 管理者

管理者は、訪問看護師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訪問看護の提供を行います。

② 看護職員等

看護師は、主治医の指示書及び居宅介護サービス計画（以下「ケアプラン」という。）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、訪問看護の提供を行います。

③ 事務職員

事務職員は、介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。

3 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日
営業時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ※但し、緊急時及び急変時においては電話などにより連絡が可能な体制にしています。

4 サービス内容

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3) 食事及び排泄等療養生活の世話
- (4) 褥瘡（床ずれ）の予防・処置
- (5) リハビリテーション
- (6) ターミナルケア
- (7) 認知症患者の看護
- (8) 療養生活や介護方法の指導・相談
- (9) カテーテル等の管理
- (10) その他医師の指示による医療処置

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

訪問看護計画書・介護予防訪問看護計画書作成と同時に契約を結んだ後、サービスを開始いたします。なお、居宅サービス計画書の作成を依頼している方は、事前に介護支援専門員とご相談ください。

(2) サービスの終了（契約書第 9 条）

①利用者の都合でサービスを終了する場合

②事業所の都合でサービスを終了する場合

やむを得ない事情により、事業所からサービス提供を終了させていただく場合があります。

③自動終了（以下に該当する場合は通知がない場合でも自動的にサービスが終了します。）

- ・利用者が介護施設等に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当〔自立〕と認定された場合
※非該当と認定された場合は、条件を変更して再度契約することができます。
- ・利用者が亡くなられた場合

④契約解除

- ・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で通知することで利用者は即座に契約を解約することができます。
- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを3ヶ月以上遅延し、料金を支払うように催告したにもかかわらず、14日以内に支払われない場合や、事業所や事業所の従業員に対して、本契約を継続し難いほど不信行為（ハラスメント行為等も含む）を行った場合は、事業所におけるサービス提供を即座に終了させていただく場合があります。

⑤その他

- ・訪問看護師等のサービス提供中に体調が悪くなった場合はサービスを中止する場合があります。その場合は家族又は緊急連絡先に連絡するとともに、必要な措置を行います。
- ・利用者、その家族に他の利用者や職員に影響を及ぼす感染症等が判明した場合は、速やかにご連絡ください。主治医と連携をとり、ご相談の上、訪問日時や方法を調整し、必要な感染対策を講じた上で対応いたします。

6 サービス利用料

(1) 利用者の方からいただく負担金は下記のとおりです。(料金表参照)

- ①基本利用料として介護保険法および健康保険法等に規定する厚生労働大臣が定める額
- ②運営基準(省令)で定められた「その他の費用」(全額自己負担)
- ③通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用(全額自己負担)

(2) その他の料金について

①交通費

事業所の通常のサービス地域を超えた場合に必要になります。

介護保険での訪問を行っていても、状態変化等により医療保険での訪問に切り替わった場合は交通費を請求させていただきます。

②キャンセル料

キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いください。

サービス利用の前々日まで：無料

サービス利用の前日まで：利用者負担額の 30%

サービス利用の当日：利用者負担額の 100%

※利用者の病状の急変や急な入院などやむを得ない事情がある場合を除く。

※利用者がサービスの利用を中止する際には、できるだけサービス利用の前々日までにご連絡ください。

③文書等（記録等）の写しを希望された場合の文書料（1 枚につき 11 円）

④死亡診断後、医師の指示等により医療器具の抜去及び抜去後の処置が必要な場合

【処置料：10,000円】

⑤エンゼルケア（希望時）

亡くなられた後に、傷の手当、お体の清拭、お着替え（必要時は鼻腔や耳、口への処置対応やお化粧等も実施いたします。）を行い、故人をお見送りする準備を整えます。

【エンゼルケア：20,000円】

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	看護師：佐々木 法子
-------------	------------

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（現に養護している家族

・親族・同居人等)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します。

8 ハラスメントの禁止について

職員への次のようなハラスメントは固くお断りします。ハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。当事業所の快適性、安全性を確保するためにもご協力をお願いします。

○身体的暴力…身体的な力を使って危害を及ぼす行為。

例：ものを投げつける。たたく。唾をはく等

○精神的暴力…個人の尊厳や人格を態度により傷つけたり、貶めたりする行為。

例：怒鳴る。威圧的な態度で文句を言い続ける。理不尽なサービスを要求する。

○セクシャルハラスメント…意に沿わない性的誘いかけ、好意的な態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく手や腕を触る。抱きしめる。卑猥な言動を繰り返す

9 緊急時の対応について（契約書第 14 条）

利用者の主治医への連絡を行い医師の指示に従います。主治医への連絡が困難な場合は救急搬送などの必要な処置を講じます。また、緊急連絡先にご連絡いたします。

緊急時の対応方法について（状況に応じて下記へ連絡してください）

① かかりつけの医療機関

（ TEL： ）

② 救急車 119 番

③ 独立行政法人地域医療推進機構仙台南病院附属訪問看護ステーション

平日営業時間内：022-306-1735

夜間休日緊急コール：緊急コール対応に申込みしていただいた方のみ対応いたします。

1 0 秘密保持

- (1) 事業者は、利用者又はその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- (2) 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者又はその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務はサービス提供契約が終了した後においても継続します。
- (3) 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業員との雇用契約の内容とします。
- (4) サービス担当者会議等において、利用者及びその家族の個人情報を用いる場合は、事前に利用者又はその家族から、文書で同意を得るものとします。

1 1 事故発生時の対応について

- (1) 利用者に対する指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供により事故が生じた場合には、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対する指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
- (3) 事故の原因を解明し、再発を防ぐための対策を行います。

1 2 サービス提供の記録

- (1) 指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うとし、その記録はサービスを提供した日から 5 年間保存します。
- (2) 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
- (3) サービス提供記録等の複写物を希望された場合は、文書料として 1 枚につき 11 円を頂戴いたします。

1 3 衛生管理等

- (1) 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 指定訪問看護事業所の設備及び備品等について衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を概ね6ヶ月に1回以上開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底をしています。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- ③従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に実施します。

1 4 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問看護及び指定介護予防訪問看護の提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 5 相談窓口・苦情等

○当事業所のサービス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

電話番号	0 2 2 - 3 0 6 - 1 7 3 5
FAX 番号	0 2 2 - 3 0 6 - 1 7 3 5
担当者	佐々木 法子
受付時間	午前 8 時 30 分より午後 5 時 15 分まで（平日）

○その他、お住まいの区役所又は宮城県国民健康保険団体連合会においても苦情申し出等ができます。

仙台市健康福祉局 介護事業支援課	所在地：〒980-8671 仙台市青葉区国分町 3-7-1 電話：022-214-8192 FAX：022-214-4443 対応時間：月曜～金曜 8：30～17：00
宮城県国民健康保険 団体連合会（国保連） 介護保険課苦情相談窓口	所在地：〒980-0011 仙台市青葉区上杉 1 丁目 2-3 電話：022-222-7700（直通） FAX：022-222-7260 対応時間：月曜～金曜 9：00～16：00
宮城県社会福祉協議会 「福祉サービス利用に関する運営 適正化委員会」	所在地：〒980-0014 仙台市青葉区本町 3-7-4 電話：022-716-9674 FAX：022-716-9298 対応時間：月曜～金曜 9：00～17：00
仙台市太白区役所 障害高齢課	電話：022-247-1111（代） 対応時間：月曜～金曜 9：00～17：00
仙台市若林区役所 障害高齢課	電話：022-282-1111（代） 対応時間：月曜～金曜 9：00～17：00
名取市役所健康福祉部 介護長寿課	電話：022-384-2111 対応時間：月曜～金曜 8：30～17：15

1 6 提供するサービスの第三者評価について・・・未実施

1 7 特別管理加算・緊急時訪問看護加算について（該当する利用者様）

（1）特別管理加算

厚生労働大臣が定める状態等にある方と、その家族に対して、訪問看護計画書・介護予防訪問看護計画書に基づき訪問時に計画的に看護ケアを提供いたします。その場合、「特別管理加算」が加算されます。

介護保険の場合、1 ヶ月につき 500 単位/250 単位の加算となります。

特別管理加算Ⅰ	【イ】	500 単位/月
特別管理加算Ⅱ	【ロ、ハ、ニ、ホ】	250 単位/月
【イ】・在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅気管切開患者指導管理を受けている状態の者 ・気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態にある者 【ロ】在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅難治性皮膚疾患処置指導管理 在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態 【ハ】人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者 【ニ】真皮を超える褥瘡の状態にある者 a)NPUAP 分類Ⅲ度・Ⅳ度 b)DESIGN-R 分類 D3・D4・D5 【ホ】点滴注射を週 3 回以上行う必要があると認められる状態		

※厚生労働大臣が定める状態、特掲診療科施設基準等別表

(2) 緊急時訪問看護加算

緊急時訪問看護加算とは、必要時の緊急訪問の他、営業時間外における利用者やその家族への指導等による日々の状況の適切な管理といった対応や、その体制整備を評価するものです。

574 単位/月 (1 単位 : 10.42 円)

上記についてのサービスを **利用する** ・ **利用しない**
(どちらかに○を付けて下さい)

※新規契約時に契約を行わない場合や、契約後に必要がなくなった場合は再度契約を取り交わすことができます。その際は訪問看護師へご相談ください。

(必要に応じて訪問看護師から提案させていただく場合がございます。)

18 その他加算について

(1) 看護体制強化加算 (介護予防訪問看護をご利用の方)

一定の要件を満たし、仙台市に届け出ている期間は1ヶ月につき、看護体制強化加算が算定されます。

※充実したサービス提供体制の評価を受けた事業所に加算されます。

(2) サービス提供体制強化加算 (すべての利用者様)

一定の要件を満たし、仙台市に届け出ている期間は、サービス提供体制強化加算が算定されます。

※質の高い訪問看護を提供できる事業所と評価を受けた加算であり、1回の訪問ごとに加算されます。

(3) 介護職員等処遇改善加算について

職員の資向上及び処遇改善を目的として「介護職員等処遇改善加算」を算定しております。これに伴い厚生労働大臣の定める算定率（総単位数に所定の加算率を乗じた単位数）に基づき算定された額が、利用料に加算されます。なお、本加算によって算定された単位数は、介護保険の支給限度額基準額の算定対象外となります。

19 その他

下記について、早急に必要な措置をとるよう努めますが、直ぐにご連絡する事が難しい場合もございますので、ご理解くださいますようお願いいたします。

○訪問先での急な訪問延長に伴い、次に予定していた訪問先への到着が遅れる場合

○訪問先への移動中の交通事故、交通事情による遅れの場合

○訪問看護師等の体調不良等により、業務の遂行が急遽難しくなった場合

重要事項説明書の同意を証するため、本書2通を作成し、利用者、代理人、当事業所が署名の上、1通ずつ保有するものとします。

(事業者) 私は、_____様の訪問看護サービスの提供開始にあたり、本書に基づき重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 仙台市太白区中田町字前沖 143

事業所名 独立行政法人地域医療機能推進機構

仙台南病院附属訪問看護ステーション

(介護保険事業所番号 0465490449)

代表者 _____ 山本 修一

管理者 _____ 佐々木 法子

説明者 _____

(利用者) 私は、事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。訪問看護サービスの提供開始に同意します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄)

ご家族 住所 _____

(上記と同様の場合は不要)

氏名 _____ (続柄)