

# 重要事項説明書

## 訪問看護・介護予防訪問看護

医療法人財団 明理会  
埼玉セントラル病院訪問看護室

# 訪問看護・介護予防訪問看護 重要事項説明書

(2022年6月1日現在)

## 1. 訪問看護事業の概要

名称 埼玉セントラル病院訪問看護室  
所在地 埼玉県三芳町上富2177番地  
連絡先 電話049-259-0161(代) FAX 049-259-1229  
代表者 理事長 中村 哲也  
事業所番号 1112402493  
管理者 病院長 三浦 正巳  
従事者 看護師：常勤3名

開設年月日 平成25年 7月 1日

通常の訪問地域 三芳町、富士見市、ふじみ野市（他エリアについては要相談）

## 2. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	医療法人財団明理会が開設する埼玉セントラル病院訪問看護室が行う訪問看護事業の適正な運営を確保するために人員・管理運営に関する事項を定め、訪問看護の必要な利用者に対し、看護師等が適正な訪問看護を提供することを目的とします。
運営方針	1) 利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、心身の機能の維持回復をめざした在宅療養支援をします。 2) 事業の実施に当たっては、関係区市町村、地域の保健・医療・福祉サービスと密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 3. 営業日及び営業時間

月曜日～土曜日 9:00～17:30（受付17:00）

・ 休日は、日曜日、年末年始（12/30 午後～1/2 迄）

## 4. 訪問看護サービスの内容

- ①病状・障害の観察
- ②清潔、食事、排泄等の日常生活の援助
- ③リハビリテーション
- ④褥瘡の予防・処置
- ⑤終末期のケア
- ⑥精神・心理面の援助
- ⑦カテーテル等の管理
- ⑧療養生活や介助方法の指導
- ⑨その他医師の指示による医療的処置

・ 主治医と密接な連携をとりながら、安全な看護ケアの提供に努めています。

## 5. 訪問看護の申し込みおよびサービス提供方法

- 1) ご本人やご家族の方から直接、または介護支援専門員等からお申し込み頂き、利用者のお宅を訪問いたします。その際、必ず主治医より埼玉セントラル病院の医師に情報提供書を発行していただき、埼玉セントラル病院の医師からの『訪問看護指示書』が必要となります。
- 2) 初回訪問時、利用者およびご家族と面接し、課題を把握・分析し、「居宅サービス計



画」又は「介護予防サービス支援計画」に基づき、「訪問看護計画」を立てサービスを開始いたします。

- 3) 「訪問看護計画」は、利用者および家族に説明の上、その内容の同意を得て作成し、その計画を交付いたします。
- 4) 厚生労働大臣の定める疾病および状態に至った場合、介護保険から医療保険に変更になることがあります。

※厚生労働大臣が定める疾病等：

- ①末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン舞踏病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーニャール重症度Ⅰ-Ⅱ Ⅲ以上日常機能症度Ⅱ又はⅢ度）、多系統萎縮症（線状体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷または人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合
  - ②急性増悪等による特別指示書の発行期間
- 5) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付する「サービス利用表」を提示してください。また、これらの内容に変更が生じた場合は必ず再度提示してください。

## 6. 利用時間及び利用回数等

- 1) 居宅サービス計画または介護予防サービス支援計画に定められた訪問看護時間および回数に基づいて訪問看護サービスを提供いたします。
- 2) 介護保険から医療保険に変更になった場合は、医療保険の基準に準じて提供します。

## 7. 利用料および利用者負担

- 1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、介護保険法の法定利用料に基づく金額で別記の「利用料金表」のとおりです。
- 2) 利用者負担金のお支払いは、原則月末締めとし、翌月15日までに請求書を送付させていただきますので、月末までにあらかじめ指定した方法でお支払いください。
- 3) 居宅サービス計画を作成しない場合や居宅サービス計画を作成する前にサービスを利用した場合などは「償還払い」になります。一旦、利用者が利用料(10割)を支払い、その後区市町村に対して保険給付分(9割)を請求していただくことになります。その際は、「サービス提供証明書」を発行いたします。
- 4) 要介護・要支援認定前にサービスを提供する場合、非該当（自立）と判定された場合には利用料が全額自己負担となります。
- 5) 医療保険に変更の場合は、それに伴う利用料および利用者負担の変更があります。

## 8. 夜間および緊急時の対応について（緊急時訪問看護加算）

当訪問看護室は、夜間や休日等24時間連絡やご相談に対応できる体制をとっており、必要に応じ居宅サービス計画の予定に組み込まれていない臨時の訪問もいたします。但し、緊急時の対応は、別途『緊急時訪問看護加算』の契約をしていただくことが必要です（対象利用者様のみ）。また、夜間・休日等の臨時訪問を行った場合は、訪問看護時間に応じて居宅サービス計画の修正が必要になり、その単位数の一部負担金が生じます。

## 9. 緊急事態および事故発生時の対応

- 1) 訪問看護師は、訪問看護実施中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた場合速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行ないます。主治医に連絡が取れない場合は、救急搬送等の必要な処置を講じます。なお、その講じた措置について、速やかに管理者および主治医に報告いたします。
- 2) 緊急時の対処を講じるにあたり、ご家族等の連絡先を明確にさせていただく必要がございます。
- 3) 訪問看護師が、訪問看護実施中に生じた看護事故等に関しては、速やかに管理者に報告し、管理者は区市町村への連絡及び報告を行い必要な措置を講じます。

## 10. 経過観察・再評価

- 1) 訪問看護サービス提供の経過において、病状の変化、状態の変化に応じ、訪問看護計画の修正をし、サービスを提供いたします。
- 2) 主治医や介護支援専門員、又は地域包括支援センター担当者と相談をし、居宅サービス計画または介護予防サービス支援計画の修正等に関する援助を行ないます。

## 11. キャンセル

利用者の都合で予定されたサービスをキャンセルする場合は、サービス利用の前日までに当事業所にご連絡下さい。ただし、利用者の病態の急変など緊急やむを得ない事情がある場合はその限りではありません。

1：ご利用日当日の午前 8 時 30 分までにご連絡をいただいた場合＝無料

2：ご利用日当日の午前 8 時 30 分までにご連絡がなかった場合＝交通費を含む 1 日分の利用料（10 割ご負担いただく場合があります。）

## 12. サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため

- 1) サービス担当者は、常時身分証を携帯し、利用者やご家族の求めに応じ、いつでも提示いたします。
- 2) 訪問看護師は、年金の管理、金銭の貸借などの取り扱いはできません。
- 3) 訪問看護師は、介護保険制度等により「利用者（要介護者）の心身の機能回復のために療養上の世話や診療の補助をおこなうこと」とされています。これ以外の業務（調理・買い物・掃除等の家事一般）はお引き受けできませんのでご了承下さい。
- 4) 訪問看護師等に対する贈り物や茶菓子の接待等は、一切ご遠慮させていただきます。

## 13. 苦情窓口

利用者に提供されたサービスに苦情がある場合は、事業所、介護支援専門員、区市町村等に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

	担 当	電 話	F A X
病院	サービス提供責任者 菅 敏美	049-2590161	049-2591229
埼玉県	埼玉県国民健康保険連合会	048-9531111	
市町村	市町村介護保険担当相談窓口		

#### 14. その他

- 1) 法人の概要 名称 : 医療法人財団 明理会  
代表者 : 理事長 中村哲也  
所在地 : 東京板橋区小豆沢二丁目 12 番 7 号  
連絡先 : 電話 03-3967-1181  
定款の目的に定めた事業 : ・病院・診療所の経営  
・老人保健施設の経営  
・看護専門学校経営  
・訪問看護ステーションの経営  
・介護保険に関連する事業の経営  
・その他これに付随する事業
- 2) 埼玉セントラル病院訪問看護室の事業および特徴
- ・ 看護師養成等の実習施設
  - ・ その他の関連施設 (埼玉ロイヤルケアセンターとの連携)

訪問看護サービスの開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明いたしました。

令和 年 月 日  
事業所 所在地 : 埼玉県三芳町上富 2177 番地  
名称 : 医療法人財団 明理会  
埼玉セントラル病院訪問看護室  
代表者 : 理事長 中村 哲也  
説明者

私は、重要事項説明書に基づいて、訪問看護サービス内容及び重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日  
利用者 住所 : \_\_\_\_\_  
氏名 : \_\_\_\_\_ 印  
代理人 住所 : \_\_\_\_\_  
氏名 : \_\_\_\_\_ 印