

# 訪問看護重要事項説明書

(令和7年4月1日現在)

## 1 訪問看護ステイドリーム概要

### (1) 提供できるサービスの地域

事業者名称	Sal-world-network株式会社
所在地	福岡県大牟田市中島町3 - 4 2F
指定番号	4064490362号
管理者	吉川 信司
電話番号	070-3352-5560
サービスを提供する地域	大牟田市・柳川市・八女市・筑後市・大川市 みやま市・三潴郡大木町・八女郡広川町

### (2) 職員体制

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理	看護師	1名	0名	従事者の管理及び業務の 一元的な管理	1名
訪問看護	看護師	0名	2名	訪問看護サービスの提供	3名
訪問看護	准看護師	0名	0名	訪問看護サービスの提供	0名
訪問リハ	理学療法士	0名	0名	訪問リハビリの提供	0名

## 2 事業所窓口の営業日及び営業時間

### (1) 営業日・時間

営業日	月～土曜日
休日	日曜日、祝日、8/13～8/16、12/29～1/3

### (2) サービス提供時間

サービス提供日	月～土曜日
サービス提供時間	9:00～18:00

※時間帯については、下記を参照してください。

- ・早朝・・・午前6時～午前8時
- ・夜間・・・午後6時～午後10時
- ・深夜・・・午後10時～翌午前6時

## 3 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL 070-3352-5560

担当部署：訪問看護ステイドリーム

担当者：吉川 信司

受付時間：月～土曜日（平日）9:00～18:00

#### 4 当事業所以外でのサービス内容に関する相談・苦情

##### \*福岡県国民健康保険団体連合会

苦情相談窓口	福岡県国民健康保険団体連合会介護保険相談窓口
電話	092-642-7859 FAX:092-642-7856
住所	福岡県福岡市博多区吉塚本町13番47号
受付時間	月曜～金曜 午前9時～午後5時まで（土日祝日を除く）

##### \*その他各地域における相談・苦情

大牟田市	福祉課総合相談	TEL：0944-41-2672 FAX：0944-41-2662
八女市	健康課介護サービス係	TEL：0943-23-2545 FAX：0943-30-1505
柳川市	福岡県介護保険広域連合	TEL：0944-75-6301 FAX：0944-75-6340
筑後市	高齢者支援課	TEL：0942-53-4115 FAX：0942-53-4119
大川市	健康課介護保険係	TEL：0944-85-5522 FAX：0944-86-8464
みやま市	介護支援課介護保険係	TEL：0944-64-1555 FAX：0944-64-1601

#### 5 事業の目的と運営方針

##### (1) 事業の目的

訪問看護ステイドリームは、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問看護の提供を確保することを目的とする。

##### (2) 運営方針

利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護サービスを提供します。  
訪問看護サービスの実施にあたり、サービス従事者の確保・教育・指導に努め、利用者様個々の主体性を尊重して地域の保健医療・福祉など医療機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

#### 6 サービス提供内容

##### ① 看護行為（利用者に対して）

- ・バイタルチェック（血圧・体温・脈拍・簡易酸素飽和度測定）
- ・療養指導（生活上の注意事項・食事指導・排泄に関する対策や指導など）
- ・心理的サポート

##### ② 医療的処置行為

- ・創傷及び褥瘡処置
- ・人工肛門・人工膀胱管理ケア
- ・経鼻チューブ・胃瘻チューブ管理ケア
- ・尿道留置カテーテル・自己導尿管理ケア
- ・在宅酸素療法管理ケア

- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・その他医師の指示による医療処置

### ③ 介護者 に対して

- ・介護の方法指導・介護福祉など社会資源の紹介
- ・褥瘡予防・リハビリの方法・食事指導（介助の工夫・方法など）
- ・室内環境整備の工夫・安全対策の工夫・感染症に対する対応方法など
- ・介護者の健康相談・助言

## 7 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払方法について

<p>① 利用料、利用者負担額 （介護保険・医療保険・自立支援医療を適用する場合） その他の費用の請求方法等</p>	<p>ア 利用料利用者負担額（介護保険・医療保険、自立支援医療を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月末までに利用者宛にお届けいたします。</p>
<p>② 利用料、利用者負担額 （介護保険・医療保険・自立支援医療を適用する場合） その他の費用の支払い方法等</p>	<p>ア 請求月の翌月末日までにお支払い下さい。 （ア）現金払い （イ）銀行振込 イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、必ず保管されますようお願いいたします。（医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。）</p>

### ★24時間対応体制加算（1月につき6,800円）

緊急訪問看護を必要に応じて受けることができる。但し、訪問させていただいた場合の訪問時間にかかわる費用は別途かかります。

（例）1割負担の方は680円

## 8 保険対象外の自費のサービスご利用料金

<p>①日曜日、祝日 お盆（8/13～8/16）、 年末年始（12/30～1/3）の訪問</p>	<p>1回の訪問につき、 日曜日、祝日：3,300円/回 お盆（8/13～8/16）：5,500円/回 年末年始（12/30～1/3）：5,500円/回</p>
<p>②死後処置料+物品代（必要時）</p>	<p>22,000円+（必要時）物品代</p>
<p>③ 交通費</p>	<p>片道25km未満：0円 片道25km以上：500円/回</p>
<p>④訪問キャンセル料</p>	<p>サービス実施日の前営業日の営業時間内までに通知を行った場合：0円 通知を行わなかった場合：2,200円</p>

## 9 情報開示（サービス実施記録簿開示）について

- (1) 利用者およびその家族は、当該利用者にかかるサービス実施記録簿を、当該事業所の営業時間内に閲覧できます。
- (2) 利用者およびその家族は、当該利用者にかかるサービス実施記録簿の複写物の交付を受けることができます。
- (3) 情報開示はプライバシー保護のため、公開を求めることができるのは利用者様ご本人もしくはその法定代理人、当該事業所でサービスを受けられた患者様のご遺族に限ります。  
※複写物をご自宅へ郵送希望の場合は別途郵送料がかかることがあります。

## 10 サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始  
医師、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からサービス利用のご相談、ご依頼があった場合、サービス開始前に当事業所職員が、ご自宅へお伺いいたします。契約締結後、医師の指示及び居宅サービス計画書に基づき訪問看護計画書を作成し、サービス提供を開始します。
- (2) サービスの終了
  - ① 利用者のご都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望される日の14日前までに事業所までお申し出ください。
  - ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合  
人員不足等やむを得ない事情により、サービス提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1ヵ月までに文書で通知いたします。
  - ③ 自動終了  
(以下の場合、双方の通知がなくても自動的にサービス終了します)
    - ・利用者が介護保険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様の要介護認定区分が、[自立]と認定された場合
    - ・利用者が亡くなられた場合
  - ④ その他
    - ・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、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、または当事業所が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって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2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず10日以内に支払わない場合、または利用者やご家族の方などが、当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、当事業所より文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。
    - ・当日の健康チェックの結果体調が悪い場合、サービスを変更または中止するこ

とがあります。

- ・ご利用中に体調が悪くなった場合、サービスを中止することがあります。その場合ご家族に連絡の上、適切に対応します。
- ・他の利用者の健康に影響を与える可能性のある疾患（感染症）が明らかになった場合、速やかに事業所に申告してください。
- ・気象庁による警報発令時または大雨、強風、積雪等の悪天候、自然災害などによりサービスの実施が著しく危険であると事業所が判断したときには、事業者からの申し出により、曜日の変更及び時間変更をお願いする場合があります。

### (3) サービスの中止

- ①利用者は、事業者に対して、サービス実施日の前営業日の営業時間内までに通知をすることで、料金を負担することなく、サービスの利用を中止することができます。
- ②利用者が、サービス実施日の前営業日の営業時間内までに通知することなくサービスの中止を希望した場合は、事業者は利用者に対して、2,200円をキャンセル料として請求することができます。

## 1.1 高齢者虐待防止に関する事項

ご利用者への差別の禁止、人権擁護、虐待防止のため、虐待防止に関する責任者の設置、苦情解決対策等の必要な体制整備を行うとともに、従業者に対する虐待防止を啓発、普及するための研修を実施する等の措置を講じます。

## 1.2 身体拘束等の適正化に関する事項

ご利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが身体的・精神的弊害を理解し、拘束廃止の意識を高め、身体拘束をしない支援・看護を実践するため研修を実施する等の措置を講じます。

ご利用者の個々の心身の状況を勘案し、疾病・障害を理解した上で身体拘束を行わない支援・看護の提供をすることが原則ですが、以下の3つの要素のすべてを満たす状態にある場合は、必要最小限の身体的拘束を行うことがあります。

- (1) 利用者の生命又は身体が危険にさらされる可能性が著しく高いこと。
- (2) 非代替性身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する支援・看護方法等がないこと。
- (3) 一時性身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。また、身体拘束を行う場合には事業所による決定とサービス提供計画書等への記載及び本人・家族への十分な説明を行い、必要な事項の記録及びモニタリングを徹底し、早期の身体拘束解除を目指す。

## 1.3 ハラスメント対策について

サービス利用契約中にご利用者、ご家族が暴力、ハラスメント行為を行った場合はサービスを中止し、状況の改善や理解が得られない場合は契約を解除する場合があります。（・叩く・蹴る・暴言で威嚇する・怒鳴る・身体を押さえつける・性的な発言をする・叫ぶあるいは大声を出す）

## 1 4 緊急事態の対応方法

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等へ連絡いたします。

主治医	医療機関		
	主治医名		
	連絡先		
家族 (第1連絡先)	(ふりがな) 氏名	(続柄 )	
	生年月日	( 昭和 ・ 平成 )	年 月 日
	連絡先		
	住所	〒	
家族 (第2連絡先)	(ふりがな) 氏名	(続柄 )	
	生年月日	( 昭和 ・ 平成 )	年 月 日
	連絡先		
	住所	〒	

## 1 5 事故発生時の対応方法について

- ・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、市区町村、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。
- ・訪問看護のサービス提供に伴い事業者は損害賠償補償制度に加入します。

訪問看護の提供開始にあたり、利用者（但し、利用者が判断能力に障害がみられる場合においては、家族・成年後見人との契約となる）に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

**【事業者】**

名称 : Sal-world-network株式会社  
所在地 : 福岡県大牟田市本町2丁目3番地6  
代表者 : 代表取締役 猿渡 昌嗣

印

**【事業所】**

名称 : 訪問看護ステイドリーム  
(指定番号) 4064490362号  
所在地 : 福岡県大牟田市中島町3-4 2F

私は、契約書及び本書面により、担当者：

より事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受け了承しました。

令和 年 月 日

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行理由 : \_\_\_\_\_