

訪問看護重要事項説明書（医療保険）

（令和 8 年 9 月 1 日現在）

1 事業者及び事業所の概要

（1）事業者（法人）の概要

法人名	株式会社 4 LIFE
代表者	町田雄介
所在地	浜松市浜名区神宮寺町19番4号
法人種別	株式会社

（2）事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション中川
代表者	町田美恵
所在地	浜松市浜名区細江町中川5498番地の1
指定番号	2267291033
電話番号・FAX番号	電話：053-415-8551 FAX：053-415-8552

（3）通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	浜松市全域
------------	-------

（4）職員体制と職務内容

職種	資格	常勤	非常勤	職務内容	計
管理	看護師	1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	1名	2名	訪問看護サービスの提供	3名
訪問看護 (リハビリ)	理学療法士	2名		訪問看護サービスの提供	2名

2 事業の目的と運営方針

（1）事業の目的

訪問看護ステーション中川は、利用者の意思及び人格を尊重し、主治医の指示に基づき、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

当事業は、利用者が住み慣れた地域や家庭において療養生活を継続できるよう、主治医の指示書に基づき、適切な訪問看護を提供し、心身機能の維持回復を図るものとする。

3 事業所窓口の営業日及び営業時間

(1) 営業日・時間

営業日	月曜日～金曜日（祝日及び12月29日から1月3日を除く）
営業時間	8:30～17:00

(2) サービス提供時間

サービス提供日	月曜日～金曜日（祝日及び12月29日から1月3日を除く）
サービス提供時間	9:00～16:30

4 サービス提供内容

(1) 看護介護行為（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）
- ・身体の保清（清拭・洗髪・入浴・口腔ケア・足浴手浴など）
- ・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）

(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
- ・在宅人工呼吸器管理ケア
- ・喀痰の吸引・管理
- ・点滴
- ・排泄管理ケア（浣腸・摘便）

(3) 理学療法士等によるリハビリテーション

- ・関節可動域訓練、筋力強化訓練または低下予防、拘縮予防
- ・日常生活動作（起居、移乗、歩行等）に関する訓練と助言
- ・生活環境に応じた動作指導及び福祉用具に関する助言

(4) 介護者に対して

- ・認知症予防指導
- ・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

5 利用料金

- (1)利用料として、健康保険法等に基づく訪問看護療養費の自己負担分を支払うものとします。
- (2)自己負担割合は、原則として1割から3割です。（保険種別・所得区分により異なります）。
- (3)公費負担医療制度（自立支援医療、難病医療、小児慢性特定疾病等）を利用する場合は、各制度に基づく自己負担額となります。
- (4)通常の事業の実施地域においては交通費を徴収いたしません。その他の実費については、規定料金表(別紙)に定めるとおりとします。
- (5)キャンセル料は徴収しません。なお円滑なサービス提供のため、やむを得ず中止される場合は、可能な限り事前にご連絡くださいますようお願いいたします。
- (6)法令改正等により、利用料及び自己負担額が変更となる場合があります。

6 利用料、利用者負担額その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額その他の費用の請求方法等	ア 利用料、利用者負担額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15日までに利用者宛にお届け（郵送）します。
② 利用料、利用者負担額その他の費用の支払い方法等	ア 請求月の25日までにお支払い下さい。 (ア)事業所指定口座への振り込み (イ)利用者指定口座からの自動振替 (ウ)現金支払い 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。)

※利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2か月以上遅延し、事業所が催促したにもかかわらず、14日以内に支払われない場合には、契約を解除することがあります。

7 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

主治医が訪問看護の必要性を認め、訪問看護指示書を交付した場合に開始します。

(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場合は、いつでもお申し出ください。

② 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)

- ・ 主治医が訪問看護の必要がないと判断した場合。
- ・ 事業所が破産その他やむを得ない事由により事業継続が困難となった場合。
- ・ 利用者が亡くなられた場合。

④ その他

- ・ 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は、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。
- ・ 事業所が破産その他やむを得ない事由により事業継続が困難となった場合は、契約は自動的に終了します。
- ・ 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14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、事業所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。

8 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、親族へ連絡いたします。

主治医	医療機関	
	主治医名	
	電話	
ご家族	氏名	
	電話番号	

9 事故発生時の対応方法について

- ・ 利用者に対する訪問看護の提供により事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じ、関係機関へ連絡します。

- ・訪問看護のサービス提供に伴い事業所は損害賠償補償制度に加入しています。

10 サービスの内容に関する苦情

訪問看護ステーション中川の訪問看護に関するご相談・苦情を承ります。

【事業所の窓口】 訪問看護ステーション中川	所在地 浜松市浜名区細江町中川5498番地の1 電話番号 053-415-8551 FAX番号 053-415-8552 受付時間 8：30～17：00（土日祝除く）
【市町村（保険者）の窓口】 浜松市 介護保険課	所在地 浜松市中央区元城町103番地の2 電話番号 053-457-2875 受付時間 8：30～17：15（土日祝除く）
浜松市 長寿支援課	中央区役所内 053-457-2324 東行政センター内 053-424-0184 西行政センター内 053-597-1119 南行政センター内 053-425-1572 受付時間 8：30～17：15（土日祝除く）
浜松市 長寿保険課	浜名区役所内 053-585-1122 北行政センター内 053-523-2863 天竜区役所内 053-922-0065 受付時間 8：30～17：15（土日祝除く）
【公的団体の窓口】 静岡県国民健康保険団体連合会	所在地 静岡市葵区春日二丁目4番34号 電話番号 054-253-5590 受付時間 8：30～17：00（土日祝除く）

訪問看護の提供開始にあたり、利用者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。なお、利用者の判断能力が不十分な場合には、法定代理人に対して説明を行いました。

令和 年 月 日

名称 訪問看護ステーション中川

事業者 所在地 浜松市浜名区細江町中川5498番1

説明者 氏 名

私は、契約書及び本書面により、事業者から訪問看護についての重要事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所

氏名 _____

代理人 住所

氏名 _____