

自費訪問看護 重要事項説明書

〈令和 8 年 8 月 1 日現在〉

1. 自費訪問看護事業者の概要

法人名称	合同会社ピレア
所在地	静岡県静岡市葵区七間町 1 番 6 号 トンボヤビル 2 階
代表者名	森 裕
電話番号 / FAX	TEL : 054-665-8084 FAX : 054-333-5184
設立年月日	令和 8 年 5 月 2 日

2. 事業所の概要

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	訪問看護ステーションピレア
事業所所在地	静岡県静岡市葵区七間町 1 番 6 号 トンボヤビル 2 階
電話番号 / FAX	TEL : 054-665-8084 FAX : 054-333-5184
管理者名	森 裕
サービスの種類	自費訪問看護
通常の事業の実施地域	静岡市全域とする。

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	訪問看護ステーション ピレア（以下「事業所」という。）は、介護保険・医療保険の適用外となる利用者に対し、自費による訪問看護サービスを提供することにより、利用者の意思及び人格を尊重しながら、住み慣れた地域やご自宅で安心して生活できるよう支援することを目的とします。
運営の方針	事業所は、利用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、療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図ることを目的とします。また、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立ったサービス提供に努めるとともに、主治医や関係機関と連携し、適切なサービスを提供します。

(3) 事業所の職員体制

職	職務内容	人員数
管理者	主治の医師の指示に基づき適切なサービスが行われるよう必要な管理を行います。従業員に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。	常勤 1 名（看護職員と兼務）
看護職員	訪問看護計画に基づき、自費訪問看護のサービスを提供します。利用者又はその家族に対し、療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行います。	3 名以上

(4) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 午前 8 時 45 分 ～午後 5 時 45 分
休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12/29～1/3）

(5) サービスの提供時間

営業日	月曜日～金曜日 午前 9 時 00 分 ～午後 5 時 30 分
休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始（12/29～1/3）

営業時間外の訪問看護については、別途定め対応します。

大雪・台風等により訪問の中止・変更をお願いすることがありますのでご了承ください。

3. 提供するサービスの内容

当事業所は、利用者の心身の状況やご希望に応じて、療養上の世話及び診療の補助を行います。介護保険・医療保険による訪問看護と同様の看護サービスに加え、保険適用外であることを活かした柔軟なサービスを提供します。なお、医療処置を含むサービスをご利用の場合は、主治医が交付する「訪問看護指示書」に基づき提供します。

(1) サービス利用開始までの流れ

① お問い合わせ・ご相談 → ② 看護師による情報収集・アセスメント → ③ サービス内容・お見積りのご提案 → ④ （医療処置を含む場合）主治医の訪問看護指示書の確認 → ⑤ ご契約・サービス開始

※ 点滴・注射・褥瘡処置・喀痰吸引・カテーテル管理等の医療処置を含むサービスをご利用の場合は、主治医が交付する「訪問看護指示書」が必要です。見守り、外出・旅行の同行、清潔の保持等、医療行為を伴わないサービスのみの場合は、指示書がなくてもご利用いただけます。

※ 単発のご依頼の場合も、原則として事前のお申し込みをお願いします。

(2) 基本となる看護サービス

健康状態の観察・管理、清潔の保持や食事・排泄等の日常生活援助、褥瘡の予防・処置、服薬管理、カテーテル等の管理、認知症の看護、療養生活や介護方法の指導、その他主治医の指示による医療処置など、療養上必要な看護を行います。

(3) 保険給付外で提供するサービス

保険の利用回数・時間・場所等の制限を受けないため、次のような対応が可能です。

- ① 旅行・冠婚葬祭・行事等への長時間の同行支援
- ② 保険の支給限度を超える頻回・長時間の訪問
- ③ ご希望の時間帯（早朝・夜間・休日等）での訪問

(4) 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、書類などの預かり

- 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食、飲酒、喫煙
 - 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 その他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
- (5) ご利用にあたってのお願い

安全かつ円滑にサービスを提供するため、次の点についてご協力をお願いします。これらに該当する場合、サービスの提供をお断りすることがあります。

- ① 看護師等の心身に危害を及ぼす行為はお控えください。
- ② 事業者又は事業所の運営に支障を与える行為はお控えください。
- ③ その他、訪問看護の提供を困難にする行為はお控えください。

4. 利用料及びその他の費用について

本サービスの利用料及びその他の費用は、別紙『自費サービス料金表』に定めるとおりです

利用料金は、看護職員が利用者宅または指定の待ち合わせ場所で利用者と合流した時刻から、サービスを終了した時刻までの時間に基づき算定します。看護職員の移動時間は利用料金に含みません。待ち合わせ場所が通常の事業実施地域を超える場合は、別紙『自費サービス料金表』の定めに基づき交通費の実費をご負担いただきます。

キャンセルについて

利用者の都合によりサービスを中止・変更される場合は、**前営業日まで**にご連絡ください。前営業日までにご連絡いただいた場合、キャンセル料はいただきません。

事前のご連絡なく訪問日に不在であった場合（無断キャンセル）は、利用料の100%をキャンセル料としてご請求いたします。

長時間パック（外出・旅行同行等）については、交通機関・宿泊施設・各種チケット等を事前に手配するため、無断キャンセルの場合に加え、当日のキャンセルについても事業者が既に負担した実費相当額をご請求する場合があります。

なお、利用者の体調変化、急な入院その他やむを得ない事情による場合は、キャンセル料はいただきません。

5. 利用料の支払い方法について

利用料金は、当月提供分を翌月10日までに請求書（明細付き）にてご通知します。お支払いは翌月末日までに、以下のいずれかの方法にてお支払いください。

- ① 銀行振込（振込手数料はご利用者様のご負担となります）
- ② 口座振替
- ③ 現金

事業者は、お支払いを確認次第、領収書を発行します。

6. 緊急時の対応

サービス提供中に事故、体調の変化、病状の急変等が生じた場合は、必要に応じて主治医、医療機関、ご家族、救急医療機関等へ速やかに連絡し、適切な対応を行います。

医療機関	
医療機関名： 主治医名：	電話：
緊急連絡先	
氏名： 続柄：	電話：① ②

7. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかに必要な応急措置を講じるとともに、主治医、医療機関、ご家族等へ連絡し、必要な対応を行います。事業者の責めに帰すべき事由により、利用者の生命、身体又は財産に損害を与えた場合は、速やかにその損害を賠償します。ただし、利用者の故意又は重大な過失による場合その他事業者の責めに帰することができない事由による場合は、この限りではありません。

8. 苦情相談窓口

サービスに関する苦情や相談は、下記窓口へ申し立てることができます。

相談窓口	担当者・連絡先	受付時間
当事業所の相談窓口	管理者：森 裕 電話：054-665-8084 FAX：054-333-5184	8：45～17：45 （土・日・祝日、及び年末年始 12 月 29 日～1 月 3 日を除く）

9. 秘密の保持と個人情報の保護

当事業所の従業者及び管理者は、正当な理由がなく業務上知り得た利用者またはその家族等に関する秘密を漏らしません。また、退職後においても同様とします。

個人情報の取り扱いについては、「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り扱いのためのガイダンス」に従い適切に管理します。

取得した個人情報は、以下の目的の範囲内で利用します。

- ① 自費訪問看護サービスの提供及びそれに付随する業務
② 主治医等の関係機関との連絡調整

上記以外の目的で個人情報を第三者に提供する場合は、利用者本人の同意を得てから行います。

10. その他

- ① 本説明書の内容に変更が生じた場合は、速やかに書面によりご連絡するとともに、再度説明を行います。
- ② サービスの提供を終了する場合は、事前にご連絡します。なお、終了後においても必要に応じ利用できる他の保健医療サービスまたは福祉サービスに関する情報を提供します。
- ③ 医療処置を含むサービスの提供にあたっては、主治医の指示（訪問看護指示書等）が必要です。見守りや外出同行など医療行為を伴わないサービスの場合は、指示書がなくてもご利用いただけます。
- ④ サービスの提供にあたっては、必要に応じて主治医その他の関係機関と連携し、利用者の体調変化等が生じた場合は速やかに主治医等へ連絡します。

説明確認欄

年 月 日

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明をしました。

事業者名： _____

(事業所名： _____)

説明者 _____ 印

サービス契約締結にあたり、重要事項について文書で説明を受け同意しました。

利用者 氏名 _____ 印

家族または後見人・代理人（続柄 _____）

氏名 _____ 印