

## 訪問看護重要事項説明書（医療保険）

当事業所はご契約者に対して、訪問看護を提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

### 1. 事業者

事業者名	学校法人藤田学園 藤田医科大学地域包括ケア中核センター
所在地	愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1 番地 98
連絡先（代表）	T E L 0562-93-3707
代表者	センター長 金田 嘉清
成立年月日	1964（昭和 39）年 9 月 24 日
URL	<a href="http://www.fujita-hu.ac.jp/">http://www.fujita-hu.ac.jp/</a>

### 2. 事業所

事業所名	藤田医科大学訪問看護ステーション豊明・緑
所在地	愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1 番地 98
連絡先	T E L 0562-93-3707 F A X 0562-93-3705
営業日	月曜日～金曜日 ※土曜日、日曜日、祝祭日、年末年始（12月29日～1月3日）、 総長顕彰の日（6月11日）、開学記念日（10月10日）は休業
営業時間	月曜日～金曜日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 00 分
事業者指定	医療保険 2013（平成 25）年 2 月 1 日 介護保険 2013（平成 25）年 2 月 1 日 愛知県指定 第 2364890059 号 介護予防 2013（平成 25）年 2 月 1 日 愛知県指定 第 2364890059 号

### 3. 事業所の責任者

管理者	西村 和子
連絡先	T E L 0562-93-3707

### 4. 事業実施地域

全域が対象	○豊明市、名古屋市緑区・天白区・南区、愛知県東郷町、大府市
一部が対象	○みよし市 （打越町・園原・天王台・西一色町・西陣取山・東陣取山・東蜂ヶ池・東山台・福田町・みなよし台・明知町）
	○日進市 （赤池・赤池町・赤池南・浅田町・浅田平子・梅森台・梅森町・折戸町・香久山・蟹甲町・栄・野方町・東山・藤枝町・藤塚・本郷町・南ヶ丘）
	○刈谷市

	<p>(相生町・逢妻町・青山町・朝日町・井ヶ谷町・池田町・一色町・泉田町・一番町・一里山町・稲場町・今岡町・今川町・大手町・小山町・恩田町・刈谷・神田町・銀座・熊野町・寿町・幸町・桜町・重原本町・昭和町・城町・新栄町・新田町・新富町・神明町・高倉町・高須町・高津波町・宝町・築地町・寺横町・東新町・豊田町・中手町・中山町・西境町・八軒町・八幡町・原崎町・東境町・日高町・一ツ木町・広見町・丸田町・三田町・南桜町・矢場町・山池町・若松町)</p> <p>○知立市</p> <p>(逢妻町・池端・牛田町・内幸町・上重原・上重原町・弘栄・弘法・弘法町・栄・桜木町・新池・新池町・新富・新林町・宝・宝町・東栄・鳥居・長篠町・長田・中町・中山町・南陽・西・西丘町・西中町・西町・東上重原・東長篠・広見・堀切・本町・南新地・谷田町・谷田町西・山町・山屋敷町)</p>
--	---

## 5. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	<p>事業所は、藤田医科大学訪問看護ステーション豊明・緑として、主治医の指示書に基づき、利用者様や家族の方のご希望をお聴きしながらアセスメントを行い、訪問看護計画を立て看護師や理学療法士、作業療法士が継続的に伺いして在宅療養の援助を行います。</p>
運営方針	<p>当事業所は、訪問看護の提供に際しては、次のような方針で運営しています。</p> <p>①看護師等の職業倫理に基づき利用者様や家族の皆様に対し公正に職務を遂行します。</p> <p>②主治医及びその他の関係機関と密接な連携をとります。</p> <p>③心身の状況や療養環境に応じ居住区域で一番適した支援者と共同し、安心して療養生活を送っていただけるよう継続看護を提供します。</p> <p>④療養上必要な事項について利用者様や家族の皆様に対しわかりやすい説明を心がけます。</p> <p>⑤羞恥心への配慮などプライバシー保護に努めます。</p> <p>⑥サービスの利用が安定した段階で、住み慣れた地域の事業所を紹介いたします。</p>

## 6. 従業員

職種	職務内容	人員数	免許
管理者	事業所の総括及び企画調整	1名(常勤)	看護師
訪問看護師	訪問看護の実施	17名(常勤) 1名(非常勤)	看護師
理学療法士	訪問看護(リハビリ)の実施	4名(常勤) 2名(非常勤)	理学療法士
作業療法士	訪問看護(リハビリ)の実施	1名(常勤)	作業療法士
言語聴覚士	訪問看護(リハビリ)の実施	1名(常勤)	言語聴覚士

## 7. 訪問看護サービスの内容と利用料金

### (1) 訪問看護サービスの内容

契約書に定める利用者に提供するサービスの内容は次のとおりです。

- 1) 病状・障害の観察、健康管理
- 2) 食事ケア、栄養管理、排泄ケア、清潔ケア
- 3) 褥瘡・創傷のケア
- 4) 療養生活、看護、介護方法のアドバイス
- 5) リハビリテーション
- 6) 認知症患者の看護
- 7) ターミナルケア
- 8) カテーテルなど医療機器の管理
- 9) 医師の指示による医療処置
- 10) 家族など介護者の支援
- 11) 保健・福祉サービスなどの活用支援

曜日	サービス提供時間	サービス内容	保険適用
月	: ~ 30分以上90分未満	訪問看護計画に基づいて実施します。	医療保険
火	: ~ 30分以上90分未満		
水	: ~ 30分以上90分未満		
木	: ~ 30分以上90分未満		
金	: ~ 30分以上90分未満		

※ 医療保険適応の場合は、週3回訪問看護（リハビリ）までを原則とします。但し、次の場合はこの限りではありませんので、ご相談ください。

- (1) 厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合
- (2) 特別看護指示書期間中の利用者に該当する場合
- (3) 特別管理加算の算定者に該当する場合

※ 利用者の健康上に問題がある場合、感染症等が明らかになった場合は、サービスの変更、中止をする場合がありますので、速やかに事業所に連絡してください。

※ 訪問看護サービスの予約を取り消すときは、前営業日の営業時間内に連絡してください。

※ 悪天候時、災害・事故が発生した場合は、サービスの時間変更、中止を依頼する場合があります。

(2) 訪問看護サービスの利用料金 (2026 (令和8) 年6月1日現在)

訪問看護ステーション利用料金一覧(医療保険・在宅)

①医療保険適応の訪問看護の場合

ア. 訪問看護基本療養費 I

週3日目まで 1日につき

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	555円	1,110円	1,665円	5,550円

〈算定要件等〉

今週(日曜日起算)1日目から3日目

イ. 訪問看護基本療養費 I

イー1、週4日目以降 1日につき (保健師・助産師・看護師)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	655円	1,310円	1,965円	6,550円

〈算定要件等〉

今週(日曜日起算)4日目以降

イー2、週4日目以降 1日につき (理学療法士・作業療法士・言語聴覚士)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	555円	1,110円	1,665円	5,550円

〈算定要件等〉

今週(日曜日起算)4日目以降

ウ. 訪問看護管理療養費

ウー1、月の初回の訪問日 (イ、機能強化型訪問看護管理療養費 1)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	1,376円	2,752円	4,128円	13,760円

ウー2、月の初回の訪問日 (ロ、機能強化型訪問看護管理療養費 2)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	1,046円	2,092円	3,138円	10,460円

ウー3、月の初回の訪問日 (ハ、機能強化型訪問看護管理療養費 3)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	903円	1,806円	2,709円	9,030円

ウー4、月の初回の訪問日 (ニ、機能強化型訪問看護管理療養費 4)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	903円	1,806円	2,709円	9,030円

ウー5、月の初回の訪問日 (ホ、従来型)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	771円	1,542円	2,313円	7,710円

※「厚生労働省告知第 64 号の 6 訪問看護管理療養費の基準」によりウー1 からウー5 のいずれかの訪問看護管理療養費が適用されます。

エ. 訪問看護管理療養費

2 日目以降 訪問 1 日につき (イ. 単一建物居住利用者が 20 人未満)

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	301 円	602 円	903 円	3,010 円

〈算定要件等〉

金額は 1 日あたりのものです。

オ. 早朝・夜間加算

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	210 円	420 円	630 円	2,100 円

〈算定要件等〉

金額は 1 日あたりのものです。

早朝・夜間・深夜とは、次の時間帯を指します。

早朝 6:00～8:00、夜間 18:00～22:00、深夜 22:00～6:00

カ. 深夜加算

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	420 円	840 円	1,260 円	4,200 円

〈算定要件等〉

金額は 1 日あたりのものです。

早朝・夜間・深夜とは、次の時間帯を指します。

早朝 6:00～8:00、夜間 18:00～22:00、深夜 22:00～6:00

キ. 24 時間対応加算

キー 1. 24 時間対応加算 (イ. 看護業務の負担軽減の取り組みを実施)

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	680 円	1,360 円	2,040 円	6,800 円

〈算定要件等〉

月に 1 回限りです。

イ. 24 時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている

ロ. イ以外の場合

キー 2. 24 時間対応加算 (イ以外の場合)

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	652 円	1,304 円	1,956 円	6,520 円

〈算定要件等〉

月に 1 回限りです。

ク. 特別管理加算（重度の場合）

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	500円	1,000円	1,500円	5,000円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

ケ. 特別管理加算（重度以外の場合）

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	250円	500円	750円	2,500円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

コ. 緊急訪問看護加算

コー1. 緊急訪問看護加算（イ. 月の14日目まで）

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	265円	530円	795円	2,650円

〈算定要件等〉

利用者の求めに応じ、主治医の指示により訪問(1日1回)します。

コー2. 緊急訪問看護加算（イ. 月の15日目以降）

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	200円	400円	600円	2,000円

〈算定要件等〉

利用者の求めに応じ、主治医の指示により訪問(1日1回)します。

サ. 難病等複数回訪問加算(1日2回訪問時)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	450円	900円	1,350円	4,500円

〈算定要件等〉

1日2回訪問した場合です。

シ. 難病等複数回訪問加算(1日3回以上訪問時)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	800円	1,600円	2,400円	8,000円

〈算定要件等〉

1日3回以上訪問した場合です。

ス. 長時間看護加算(90分を超える訪問)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	520円	1,040円	1,560円	5,200円

〈算定要件等〉

特別訪問看護指示期間の方及び特別管理加算の方は、週1回限りです。

15歳未満の厚生労働大臣が定める方は、週3回限りです。

対象については担当にご確認ください。

セ. 乳幼児加算

セ-1. 乳幼児加算 (6歳未満の乳幼児)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	140円	280円	420円	1,400円

〈算定要件等〉

金額は1日あたりのものです。

セ-2. 乳幼児加算 (6歳未満の乳幼児で別に厚生労働大臣が定める者に該当)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	180円	360円	540円	1,800円

〈算定要件等〉

金額は1日あたりのものです。

【別に厚生労働大臣が定める者】

- ・超重症児又は準超重症児
- ・別表第7又は別表第8に掲げる者

ソ. 複数名訪問加算

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	450円	900円	1,350円	4,500円

〈算定要件等〉

週に1回限りです。

1日に複数名で複数回の訪問の際は回数に応じて加算が生じます。

タ. 入院外泊中の訪問加算

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	850円	1,700円	2,550円	8,500円

〈算定要件等〉

入院中に1回限りです。但し、癌末期等の場合は2回までとなります。

チ. 退院時共同指導加算 (特別管理加算対象の方の場合 特別管理指導加算含む)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	1,000円	2,000円	3,000円	10,000円

〈算定要件等〉

退院時に1回限りです。但し、癌末期等の場合は2回までとなります。

ツ. 退院時共同指導加算（特別管理加算対象の方以外の場合）

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	800円	1,600円	2,400円	8,000円

〈算定要件等〉

退院時に1回限りです。但し、癌末期等の場合は2回までとなります。

テ. 退院支援指導加算

テ-1. 退院支援指導加算

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	600円	1,200円	1,800円	6,000円

〈算定要件等〉

退院日に訪問した場合に生じます。

テ-2. 退院支援指導加算

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	840円	1,680円	2,520円	8,400円

〈算定要件等〉

退院日に訪問した場合に生じます。

長時間（90分超）にわたる療養指導上必要な指導が90分を超えた場合

又は複数回指導の合計時間が90分を超えた場合に生じます。

ト. 在宅患者連携指導加算

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	300円	600円	900円	3,000円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

ナ. 在宅患者緊急時等カンファレンス

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	200円	400円	600円	2,000円

〈算定要件等〉

月に2回限りです。

ニ-1. 情報提供療養費1

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	150円	300円	450円	1,500円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

ニ-2. 情報提供療養費 2

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	150円	300円	450円	1,500円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

ニ-3. 情報提供療養費 3

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	150円	300円	450円	1,500円

〈算定要件等〉

月に1回限りです。

ヌ. 訪問看護ターミナルケア療養費 1

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	2,500円	5,000円	7,500円	25,000円

〈算定要件等〉

死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上訪問した場合に生じます。

ヌ-2. 訪問看護ターミナルケア療養費 2

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	1,000円	2,000円	3,000円	10,000円

〈算定要件等〉

特別養護老人ホーム等で看取り看護加算等を算定している場合に生じます。

ネ. 精神科訪問看護基本療養費 I

ネ-1 週3日目まで30分以上 1日につき (保健師・看護師・作業療法士)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	555円	1,110円	1,665円	5,550円

〈算定要件等〉

今週 (日曜日起算) 1日目から3日目

ネ-2 週3日目まで30分未満 1日につき (保健師・看護師・作業療法士)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	425円	850円	1,275円	4,250円

〈算定要件等〉

今週 (日曜日起算) 1日目から3日目

ノ. 精神科訪問看護基本療養費 I

ノ-1. 週4日目以降 30分以上 1日につき (保健師・看護師・作業療法士)

負担割合	1割負担	2割負担	3割負担	10割負担
金額	655円	1,310円	1,965円	6,550円

〈算定要件等〉

今週 (日曜日起算) 4日目以降

ノ-2. 週 4 日目以降 30 分未満 1 日につき (保健師・看護師・作業療法士)

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	510 円	1,020 円	1,530 円	5,100 円

〈算定要件等〉

今週 (日曜日起算) 4 日目以降

ハ. 訪問看護医療 DX 情報活用加算

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	5 円	10 円	15 円	50 円

〈算定要件等〉

月に 1 回限りです。

ヒ. 訪問看護ベースアップ評価料 (I)

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	183 円	366 円	549 円	1,830 円

〈算定要件等〉

月に 1 回限りです。

フ. 訪問看護医療情報連携加算

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	100 円	200 円	300 円	1,000 円

〈算定要件等〉

月に 1 回限りです。

ヘ. 訪問看護物価対応料

ヘ-1. 月の初回の訪問日

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	6 円	12 円	18 円	60 円

ホ. 訪問看護物価対応料

2 日目以降 訪問 1 日につき

負担割合	1 割負担	2 割負担	3 割負担	10 割負担
金額	2 円	4 円	6 円	20 円

〈算定要件等〉

金額は 1 日あたりのものです。

※ 早朝は 6:00~8:00、日中は 8:00~18:00、夜間は 18:00~22:00、深夜は 22:00~6:00 を指します。

※各種公費の医療証・助成の医療証をお持ちの方は、ご提示下さい。

ご提示がない場合は正しい負担金が算定できず、利用者様に後日償還手続きをしていただく可能性がありますので、ご了承ください。

②有償訪問看護の場合

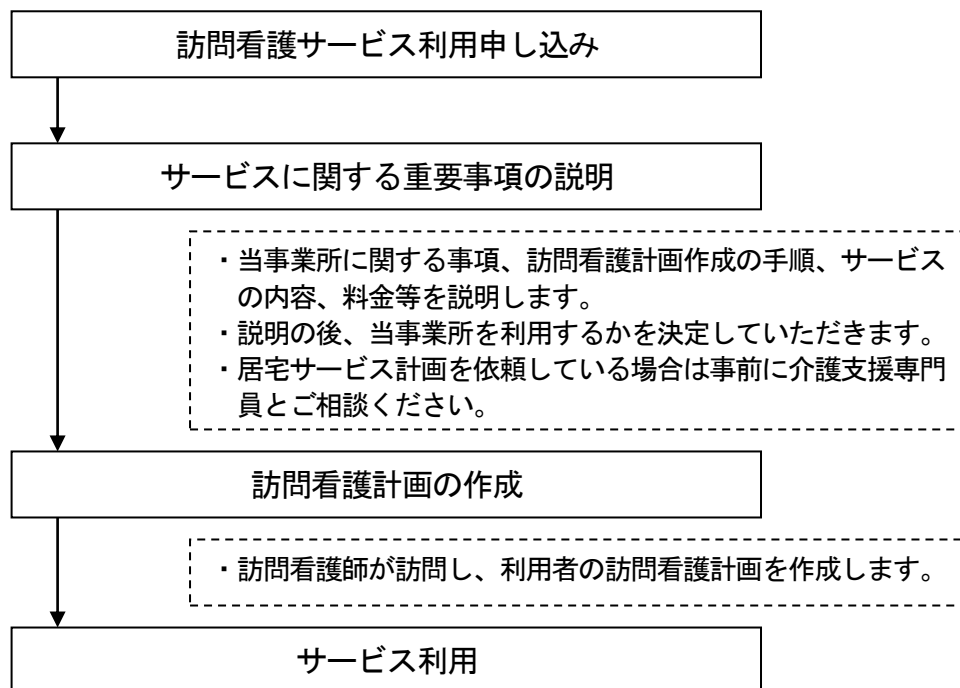
サービスの種類・内容	単位	利用料
死亡時の看護 ・死亡時のご遺体のお世話他	1回	11,000円
交通費 ・事業実施地域以外の地域に訪問出張する場合、事業実施地域を越えた地点から、片道1キロメートル毎に55円で往復分を徴収します。 ※利用のあった月毎に集計し請求します。	1km	55円
有料駐車場料金 ・有料駐車場を利用した場合は、その実費を収めます。	—	実費

※ 上記の利用料金には2026（令和8）年6月1日現在の消費税等が含まれております。税率の変更が生じた際には、上記の利用料金の表示にかかわらず請求時に適用される税率により消費税等を加算致します。

※ 上記の利用料金以外に医療保険対象外の訪問看護サービスを実施する場合、利用料金の10割負担額に消費税を含めた額を請求致します。

- 1) 事業者の提供する訪問看護に関するサービス利用料金については、事業者が法律の規定に基づいて、公費負担医療制度から自己負担分を除くサービス利用料金に相当する給付を受領する場合は、その自己負担分を除く部分について契約者の自己負担はありません。
- 2) ①医療保険適応の訪問看護の場合の自己負担分（但し、次項により医療保険から受領できない場合は、サービス利用料金全額）及び②有償訪問看護の場合の利用料金は当月末日に締め切り、翌月上旬に請求させていただきます。毎月27日を振替日として、預金口座振替によりお支払いいただきます。
- 3) 利用者の保険料の滞納等により、事業者が保険者からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、利用者は本書に定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、支払うものとします。
- 4) 前項の場合、利用者は、事業者が利用者に対し発行するサービス提供証明書を後日、保険者たる市町村の窓口へ提出することで、払い戻しを受けるものとします。

## 8. サービス提供の手順



## 9. 相談窓口

■訪問看護に関する相談、要望、苦情等は下記窓口までお申し出ください。

サービス相談窓口	藤田医科大学訪問看護ステーション豊明・緑
担当責任者	(管理者) 西村 和子
TEL	0562-93-3707
FAX	0562-93-3705
受付時間	月曜日～金曜日 8:45～17:00 ※土曜日、日曜日、祝祭日、12月29日～1月3日、6月11日、10月10日は受付を休止させていただきます。

## 10. 担当者の変更等

- (1) 事業者の都合により、訪問看護師等を交代することがあります。なお、訪問看護師等を交代する場合は、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないように配慮するものとします。
- (2) 利用者は、選任された訪問看護師等の交代を希望する場合は、当該訪問看護師等が業務上不適当と認められる事情その他交代を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問看護師等の交代を申し出ることができます。但し、利用者から特定の訪問看護師等を指名することはできません。

## 1 1. 秘密の保持

- (1) 事業者、訪問看護師等及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、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員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を従業員の雇用契約の内容とします。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- (2) 事業者は、利用者から予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者の家族から予め書面で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族の個人情報を用いません。
- (4) 事業者は、利用者の事前の書面の同意があるときは、学校法人藤田学園が運営する藤田医科大学の学生を教育のため、帯同させることができるものとします。なお、当該学生についても第1項に準じて守秘義務を負わせるものとし、サービス担当者会議等に同席する場合については第2項及び第3項を準用するものとします。
- (5) 利用者及び家族は、第2項及び第3項の同意をしないことにより、サービス担当者会議においてサービスの調整ができず、一体的なサービスが提供できない場合があることを了解するものとします。

## 1 2. 家族等への連絡

事業者は、利用者が希望する場合は、利用者に通知するのと同様の通知を家族代表へも行うものとします。

## 1 3. 記録の保管

- (1) 事業者は、サービスの提供に関する記録を作成し、これを契約終了後5年間保存するものとします。
- (2) 利用者は、事業者の営業時間内にその事業者の所在地にて、当該利用者に関する前項のサービス実施記録を閲覧できます。
- (3) 利用者は、当該利用者に関する第1項のサービス実施記録について実費を負担することにより、複写物の交付を受けることができます。
- (4) 利用者又は事業者が解約を書面で通知し、かつ、利用者が希望した場合、事業者は、直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書面を作成し、利用者に交付します。

## 1 4. 緊急時の対応

緊急時には利用者の主治医への連絡を行い、医師の指示に従います。また、緊急連絡先に連絡致します。

## 1 5. 損害賠償

- (1) 事業者は、訪問看護の提供に伴って、事業者の責に帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合は、その損害を賠償するものとします。  
注 天災地変、事故その他事業者の責に帰することのできない事由による場合は、この限りではありません。
- (2) 利用者は、訪問看護を受けるに伴って、利用者の責に帰すべき事由により事業者（従業員を含む）に損害を与えた場合は、その損害を賠償するものとします。

## 16. 契約の解約・終了

- (1) 利用者は、事業者に対して、5 日前までに書面で通知をすることにより、いつでもこの契約を解約することができます。
  - (2) 事業者は、次のいずれかに該当する場合、利用者に対して、1 ヶ月間の予告期間において理由を示した書面で通知をすることにより、この契約を解約することができます。なお、この場合、事業者は当該地域の他の訪問看護サービス事業者に関する情報を利用者に提供します。
    - 1) 利用者又はその家族等が事業者や訪問看護師等に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行ったとき
    - 2) 利用者が正当な理由なく利用料を 2 ヶ月以上滞納した場合において、事業者が 1 ヶ月以内の期限を定めて督促しても、なお支払わないとき
    - 3) 利用者又はその家族等が正当な理由なく又は故意に訪問看護の利用に関する指示に従わず、状態等を悪化させたとき、又は常識を逸脱する行為に及び、改善しようとしなないなどの理由で、この契約の目的が達せられないと事業者が判断したとき
    - 4) 利用者又はその家族等が暴行、脅迫、性的嫌がらせその他訪問看護師等が訪問看護の実施できないと事業者が判断する行為に及んだとき
    - 5) 事業の廃止、縮小を決定したとき
    - 6) その他やむを得ない事情があるとき
  - (3) 事業者は、前項第 1 号から第 4 号に該当するときは、解約の効力が生じるまで訪問看護の提供を中止できるものとします。
  - (4) 次のいずれかに該当した場合は、この契約は自動的に終了します。
    - 1) 利用者が病院への入院又は介護保険施設に入所し、3 ヶ月を経過した場合
    - 2) 利用者が死亡した場合
  - (5) 前各項のいずれの場合でも相互に解約料の支払いは発生しないものとします。
- ※ 中途解約の場合は、次の事業所への引継ぎなど、利用者が保険やサービスを滞りなく利用していただくための手続きが必要ですので、月末以外の解約や次の事業者との契約開始日にはご注意ください。

## 17. 教育、研究機関としての体制

- (1) 事業者は、学校法人により運営され、教育・研究機関としての役割も担っております。したがって、事業者より学生等の見学・実習をさせていただくことをお願いする場合があります。なお、その場合にも利用者に対し、サービス提供時に見学・実習させていただきたい旨を、事前に説明し、同意を得てから行うものとします。
- (2) 利用者は、学生の実習・研究等に同意をいただいた後も随時撤回することができます。なお、この撤回により利用者が訪問看護サービスの提供に関し、不利益を被ることはありません。

## 18. 身分証明書の携行

従業員は、身分証明書を携行し、初回訪問時及び利用者又は家族から求められたときは、身分証明書を提示します。

## 19. 重要事項説明書の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じるときは、変更事項について書類を交付して、口頭で説明の上、利用者の同意を得るものとします。

訪問看護の提供開始にあたり、利用者に対して、この書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者	所 属	藤田医科大学訪問看護ステーション豊明・緑	
	説明者	看護師・PT・OT・ST・事務員	印

説明・交付の日	西暦	年	月	日
説明・交付の場所	利用者の住所 ・ その他（ ）			

利用者（代理人がいる場合は代理人）は、この書面により上記の日時・場所において、事業者から重要事項の説明を受けました。

西暦            年            月            日

利用者	住 所	_____	
	氏 名	_____	印

(代理人を選定した場合)

上記代理人	住 所	_____	
	氏 名	_____	印
	続 柄	_____	