

訪問看護重要事項説明書

1. 訪問看護事業者の概要

| | |
|---------|---|
| 名称 | ソフィアメディ株式会社 |
| 代表者名 | 代表取締役 伊藤 綾 |
| 所在地・連絡先 | 住所 東京都港区芝浦三丁目一番一号 電話 03-6665-8887 |
| 業 務 概 要 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 訪問看護ステーションの運営 ・ デイサービスの運営 ・ 居宅介護支援事業所の運営 ・ 在宅医療サービス（訪問診療）業務支援 ・ 在宅医療、福祉サービス経営コンサルティング |

2. 事業所の概要

| | |
|--------------|---|
| 事業所名 | ソフィアメディ訪問看護ステーション調布 |
| 所在地・連絡先 | 住所 東京都調布市多摩川六丁目三六番一五号 電話 042-444-3105 FAX 042-444-3106 |
| 事業所番号（介護／医療） | 1364290252／7396385 |
| 管理者の氏名 | 松本 梨伽 |
| サービス実施地域 | 調布市の一部、狛江市の一部 |

3. 事業所の職員体制

| 従業者の職種 | | 職務内容 | 人員数 |
|----------|-------------------------|---|--------------------------|
| 管理者（看護師） | | 管理者は、主治医の指示に基づき適切な訪問看護が行われるよう必要な管理及び従業員の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業員に対し遵守すべき事項について指揮命令を行う。 | 1名 |
| 訪問従業員 | 看護職員 | 看護職員は、訪問看護計画書及び報告書を作成し、訪問看護を行う。 | 常勤換算 2.5名以上 （常勤 1名以上） |
| | 理学療法士 作業療法士 言語聴覚士 | 訪問看護（在宅におけるリハビリテーション）を担当する。 | 1名以上 |

4. 事業所の運営方針

① 事業の目的

訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士が、疾病やけが等によりご家庭において、継続して療養を受ける状態にあり、かかりつけの医師が訪問看護の必要を認めたお客様に対し、適切な訪問看護等サービスを提供することを目的とします。

② 運営方針

・従業員は、お客様の心身の特性を踏まえて、可能な限りご自宅において、その能力に応じ、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目指して支援いたします。また、サービスの実施に当たっては、居宅介護支援事業所、関係行政機関、地域保健・医療・福祉機関との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

・Dedication（貢献）と Hospitality（厚遇）を理念に掲げ、熱意をもってスタッフ全員が、ご本人様、ご家族様のためにサービスを提供していきます。

5. 営業時間・営業日

年中無休 9:00～18:00

6. 料金

- ① 原則としてお客様の所得に応じ、料金表の利用料金の 1 割、2 割、3 割のいずれかがお客様の負担額となります。
- ② 介護保険適用の場合、介護保険の限度額を超えての利用分においては、全額お客様の負担となります。
- ③ 料金の詳細は料金表をご参照ください。

7. お客様利用料金のお支払い

- ① 口座引落でお願いいたします。また、弊社への銀行口座・郵便局口座への振込でもお支払いが可能です。その場合の振込手数料は、お客様負担となります。
- ② 申し込みが初回の引落しに間に合わない場合は、引落しの手配が完了するまでは現金払いにてお願いする場合があります。
- ③ ②の現金払いをするにあたり、月末で締めた 1 か月分の御請求書を、翌月上旬に担当者よりお渡しいたしますので、後日担当者の訪問時にお支払いください。
- ④ 領収書及び明細書は、入金確認後に発行いたします。なお、再発行はいたしませんので大切に保管してください。

8. キャンセルについて

- ① サービスの利用をキャンセルする際には、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先の電話番号：042-444-3105

- ② サービスの利用をキャンセルする場合には、サービス利用予定日の前営業日の 18 時（以下、「キャンセル期限」といいます）までにご連絡ください。キャンセル期限までにご連絡いただけない場合、自己負担割合分の 100%をキャンセル料としてお支払いいただきます。

9. 緊急時の対応について

① 通常契約のお客様

- ・サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかにお客様の主治医、救急隊、緊急時連絡（ご家族等）、介護保険の適用があるお客様の場合は介護予防サービス計画又は居宅サービス計画を作成した関係機関（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等）へ連絡をします。
- ・営業時間外の、夜間や休日等に容態の急変等、緊急のケースが発生した場合に備えて、あらかじめ担当看護師に緊急時の対処についてよくご相談ください。

② 緊急時訪問看護加算又は 24 時間対応体制加算（24 時間携帯電話受付）について説明を受け、同意されたお客様

- ・訪問看護（看護師による訪問）をご利用のお客様は、ご容態とご要望に応じて、24 時間携帯電話受付をご利用いただくことが可能です。ご利用いただくためには、緊急時訪問看護加算又は 24 時間対応体制加算の同意が必要であり、同意いただいたお客様には、緊急時の連絡先、携帯電話の番号をご案内いたします。
- ・訪問が発生した場合、緊急時訪問看護加算又は 24 時間対応体制加算の料金のほかに、訪問ごとに料金が発生します。詳しくは料金表をご参照ください。
- ・同意にあたりましては、担当の看護師とご相談の上、ご決定ください。

＜緊急時対応についてのご注意点＞

- ・平日の営業時間外・休業日には緊急連絡体制により、介護相談及び臨時訪問対応も行います。対応には当ステーションの看護師が当番制にあたります。病状によりましては医療機関への救急が必要になる場合もございます。お電話にてお話を伺いし状況に応じて対応いたします。
- ・夜間・深夜の定期訪問サービスはございません。

10. 事故発生時の対処について

- ① サービス提供中に、事故が発生した場合には、速やかにお客様のご家族等緊急時連絡先に連絡を行う等、必要な措置を講じます。

- ② お客様がけがをされた場合、けがの状態、現場状況等を確認し、状態に応じて、救急隊、主治医、居宅支援事業者等へ連絡し、必要な対処をいたします。
- ③ 物損事故が発生した場合、お客様のけがの状況、破損物の状況や程度を確認し、追って破損物の写真撮影等にお伺いし、必要な対処をいたします。
- ④ 訪問にあたり、担当スタッフ自身がけがをしてサービス状況に支障が出た場合は、振替えやお休み等、お客様とご相談のうえ、適宜対応いたします。

11. 情報提供療養費について

健康保険では、地域の保健・福祉サービス機関と連携を図るために、市区町村等、又は指定特定相談支援事業者等、又は学校等からの求めに応じて「訪問看護情報提供書」を提出する場合、情報提供療養費が加算されます。また、病院等の保険医療機関への入院、入所に際し「訪問看護情報提供書」を提出する場合も情報提供療養費が加算されます。

12. 個人情報の取扱いについて

事業者は『秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて』に則り、お客様の個人情報を取り扱うものとします。

13. 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士（以下理学療法士等）の訪問について

① 訪問看護サービスにおける理学療法士等の訪問につきましては、看護業務の一環として、看護師の代わりに理学療法士等が訪問することとなっております。「訪問看護計画書（以下、「計画書」といいます）」及び「訪問看護報告書（以下、「報告書」といいます）」の作成について、お客様の状態について適切に評価を行うため、看護師との連携をとっての作成が必要となることから、当ステーション看護師が通常の理学療法士等の訪問とは別に、定期的に訪問させていただきます。原則として、看護師の訪問は月1回とし、お客様の状態の変化に合わせて、少なくとも3か月に1回、看護師が訪問いたします。市区町村によって上記以外の頻度での看護師の訪問を定めている場合は、その頻度に準じて対応いたします。ただし、やむを得ない事由がある場合は、この限りではございません。

② 上記①に伴う看護師の定期的な訪問に伴う利用料金については、料金表に記載している訪問看護基本料金に準じて算定し、ご請求させていただきます。

14. サービス内容に関する苦情等相談窓口

当社でのサービスに関する相談や苦情は、次の窓口で対応いたします。

| ソフィアメディ訪問看護ステーション調布 | ソフィアメディ株式会社 本社 |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| TEL : 042-444-3105 | TEL : 03-6665-8887 |
| FAX : 042-444-3106 | FAX : 03-6665-8277 |
| E-Mail : sophia-cuf@sophiamedi.co.jp | E-Mail : soudan@ml.sophiamedi.co.jp |
| 受付窓口 : 管理者 松本 梨伽 | 受付窓口 : お客様相談窓口 |

■ 次の公的機関においても、相談ができます。

①介護保険適用の場合

お住まいの市区町村の高齢福祉に関する相談窓口

| | |
|---|--|
| 調布市 高齢者支援室 高齢福祉担当 TEL : 042-481-7149・7150・7351 FAX : 042-481-4288 受付時間 : 08:30～17:15 | 狛江市 高齢障がい課 介護保険係 TEL : 03-3430-1262 受付時間 : 08:30～17:00 |
|---|--|

| |
|---|
| 東京都国民健康保険団体連合会 所在地 : 東京都千代田区飯田橋3丁目5番1号 TEL : 03-6238-0177（医療にかかわる窓口） 受付時間 : 9:00～17:30（土・日・祝祭日を除く） |
|---|

②健康保険適用の場合

関東信越厚生局 東京事務所

所在地：東京都新宿区西新宿 6 丁目 22-1 新宿スクエアタワー11 階

TEL：03-6692-5119（医療にかかわる窓口）

受付時間：8：30～17：15（土・日・祝祭日を除く）

東京都国民健康保険団体連合会

所在地：東京都千代田区飯田橋 3 丁目 5 番 1 号

TEL：03-6238-0011（医療にかかわる窓口）

受付時間：9：00～17：30（土・日・祝祭日を除く）

15. 契約解除について

① お客様は、7 日間以上の予告期間をもって、いつでもこの契約を解除することができます。ただし、お客様の病変、急な入院等、やむを得ない事情がある場合又は事業者が契約を継続しがたい不当な行為を行った場合は、通知により予告期間なくこの契約を解除することができるものとします。

② 事業者は、やむを得ない事由若しくは、お客様又はそのご家族若しくはお客様の関係者と事業者との信頼関係が毀損される事由が発生したと事業者が判断し、サービス利用契約の目的を達することが困難になったときは、30 日間以上の予告期間をもって、この契約を解除することができるものとします。

③ 事業者は、前項によりこの契約を解除しようとする場合は、前もって、主治医、お客様の居宅サービス計画を作成した居宅介護支援事業者、関連公的機関等と協議し、可能な限り必要な援助を行います。ただし、お客様又はご家族が正当な事由なく当該援助を拒否するときはこの限りではございません。

④ 次の事由に該当する場合は、事業者は通知により予告期間なくこの契約を解除できるものとします。

- ・お客様が事業者を支払うべき料金を 30 日以上滞納し、事業者の催告にも関わらず全額の支払いがない場合

- ・お客様やそのご家族、関係者による事業者及び事業者の社員への暴力、強迫等の犯罪行為、ハラスメント、過度なクレーム等、訪問看護サービス利用の基礎となる信頼関係を著しく毀損する行為が認められた場合

- ・事業者又は事業者の社員からの指示・依頼等に従わず、適切な訪問看護サービスの提供ができないと事業者が判断する場合

16. 第三者評価の実施状況

| | |
|-------------|---|
| 第三者評価実施の有無 | 無 |
| 実施した直近の年月日 | — |
| 実施した評価機関の名称 | — |
| 評価結果の開示状況 | — |

17. 虐待の防止について

事業者は、お客様及びそのご家族（以下「お客様等」といいます）の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しております。
- ・成年後見制度の利用を支援します。
- ・苦情解決体制を整備しています。
- ・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しています。
- ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を開催するとともに、その結果に従業員に周知徹底を図ります。
- ・虐待の防止のための指針を整備しています。

18. 身体拘束等の適正化について

事業者は、お客様等の生命・身体を保護するため緊急ややむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。身体的拘束を行う場合には、その態様、時間、利用者の心身の状況、緊急ややむを得ない理由を記

録します。

19. 業務継続計画の策定等について

- ・感染症や非常災害の発生時において、お客様に対する訪問看護の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ・従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ・定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

20. お客様へのお願い

- ・介護保険被保険者証の区分変更や更新があった場合には、事業者にご連絡ください。事業者は電磁的記録により当該被保険者証を保存します。また、介護保険負担割合証の負担割合が変更になった場合、健康保険証等が変更になった場合も同様とします。
- ・公費負担制度により、負担金の減免証（特定疾患・マル障など）をお持ちの方は、お申し出ください。取扱いは上記と同様です。
- ・事業者の社員に対するお茶やお菓子、金品等のお心づけはご遠慮ください。
- ・訪問時間が前後する場合がございます。万が一、交通状況等により到着が遅れる場合は、ご連絡します。
- ・担当者の指名等はできません。
- ・ペットを飼育されている方は、ケージに入れることやリードでつなぐ等のご協力をお願いいたします。
- ・感染症予防のため、行政の指示に従い、対応を行う場合がございます。
- ・災害発生時には訪問できない場合がございます。震度 5 強以上の地震が起こった場合、安全に業務が行える体制を整えたのち、訪問を再開します。

以上

秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて

事業者は、お客様が安心して訪問看護を受けられるよう、お客様及びそのご家族の秘密情報及び個人情報の取り扱いについて、万全の体制で取り組みます。詳細については、次のとおりです。

1. 訪問看護サービス契約の締結にあたって、事業者は、お客様又はご家族の個人情報（以下「個人情報」といいます）の取扱いについて説明し、お客様が同意をした場合に、サービスの提供を行うものとします。
2. 事業者及び従業員は、正当な理由がない限り、サービス提供にあたって、知り得たお客様又はご家族の秘密及び個人情報を第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後及び従業員退職後も同様とします。
3. 本書における「個人情報」とは、氏名、生年月日、住所、連絡先、病状をはじめ看護師・リハビリ職員等による看護・リハビリ内容や各種画像（動画を含みます）などがあります。
4. 事業者は、収集した個人情報について、以下の目的のために利用いたします。
 - ① 医療介護サービスの提供のため
 - ② ご家族への病状説明のため
 - ③ 医療保険、介護保険事務のため
 - ④ 医療機関、薬局、居宅介護支援事業所、その他の介護保険サービス事業所等との連携のため
 - ⑤ 事業者のサービスや医療の質の向上のために分析、教育、研修、症例検討等に活用するため
 - ⑥ サービスや医療の質の向上を目的として行う各種学術集会等での発表のため
 - ⑦ 会計・経理のため
 - ⑧ 電子カルテなどの電磁的記録の作成、保存等をするため
 - ⑨ 運営指導等、行政による調査等に対応するため
 - ⑩ 医療や介護等に関する研究を対象とした研究機関への情報提供をするため
 - ⑪ 治験や研究対象者の募集を行うため
 - ⑫ 事業者の新規事業開発に活用するため
 - ⑬ お客様の生活の利便性を向上させるためのサービス紹介等を行うため
 - ⑭ 事業者の親会社を含む、グループ企業や提携医療介護機関の医療介護の質の向上のために活用するため
5. 事業者は、次の場合を除き、個人情報を第三者へ提供することはありません。
 - ① 事業者の親会社やグループ会社やその提携医療介護機関に提供する場合
 - ② お客様やそのご家族から事前の承諾を得ている場合
 - ③ 法令等に基づき提供が定め求められた場合
 - ④ 人の生命・身体・財産を保護するために必要で、お客様やそのご家族から同意を得ることが難しい場合
 - ⑤ 国や地方公共団体、その委託先など、法令事務等の遂行にあたって協力する必要がある、かつお客様やそのご家族から同意を得ることで当該事務遂行に影響が生じる可能性がある場合
 - ⑥ 弁護士や会計士、その他の法令等で秘密保持が定められている者に提供する場合
 - ⑦ 事業者が業務遂行のため、又はその検討等にあたり、サービス利用の申込み又は業務委託契約若しくは秘密保持契約を締結するなど、秘密情報や個人情報保護について事業者と第三者間で適切な取決めを定めた第三者に提供する場合
6. 事業者がお客様に対して行う介護予防訪問看護及び訪問看護サービスには、実習生が立ち会うことがあります。なお、実習生は事業者に対し秘密保持誓約書を提出しており個人情報が流出しないよう努めております。
7. 前 6 項に定める内容について、訪問看護サービス契約書の契約期間が終了した場合であっても、その効力を存続するものとします。

以上

- ☐ 私は、契約締結にあたり重要事項説明・料金表について説明を受け同意しました。
- ☐ 私は、事業者からの説明により、健康保険適用時の訪問看護サービスの提供について、説明を受けその内容に同意しました。
- ☐ 私は、事業者からの説明により、介護保険適用時の訪問看護サービスの提供について、説明を受けその内容に同意しました。
- ☐ 私は、事業者による私（お客様及び、そのご家族）の秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて説明を受け、その内容に同意しました。
- ☐ 私は、料金表に記載の訪問看護にかかる加算等についての説明を受け、同意しました。
- ☐ 私は初回計画書について、事業者より説明を受け、その内容に同意し交付をされました。
- ☐ 私は、上記の各内容について質問の機会を与えられ、十分理解をしました。

上記の契約を証するため、本書 2 通を作成し、お客様、事業者が記名の上、1 通ずつ保有します。

契約締結日 年 月 日

【契約者】

| | |
|-------|-------|
| 〔お客様〕 | 住所 〒 |
| | _____ |
| | _____ |
| | 氏名 |
| | _____ |
| | _____ |

お客様は、身体の状態等により署名ができないため、お客様本人の意思を確認のうえ、私がお客様に代わって、その署名を代筆しました。

| | |
|-------|----------------------------------|
| 〔代筆者〕 | 住所 〒 |
| | _____ |
| | _____ |
| | 氏名 |
| | _____ |
| | _____ |
| | お客様とのご関係（ ） |

| | |
|-------|----------------------------------|
| 〔代理人〕 | 住所 〒 |
| | _____ |
| | _____ |
| | 氏名 |
| | _____ |
| | _____ |
| | お客様とのご関係（ ） |

私は、事業者により私の秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて説明を受け、その内容に同意しました。

| | |
|---------|--------------|
| 〔ご家族 1〕 | 住所 〒 |
| | <hr/> |
| | 氏名 |
| | <hr/> |
| | お客様とのご関係 () |

私は、事業者により私の秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて説明を受け、その内容に同意しました。

| | |
|---------|--------------|
| 〔ご家族 2〕 | 住所 〒 |
| | <hr/> |
| | 氏名 |
| | <hr/> |
| | お客様とのご関係 () |

私は、事業者により私の秘密情報及び個人情報の保護に関する取扱いについて説明を受け、その内容に同意しました。

| | |
|---------|--------------|
| 〔ご家族 3〕 | 住所 〒 |
| | <hr/> |
| | 氏名 |
| | <hr/> |
| | お客様とのご関係 () |

【事業者】

所在地 〒182-0025 東京都調布市多摩川 6-36-15
名称 ソフィアメディ訪問看護ステーション調布（ソフィアメディ株式会社運営）
代表者 代表取締役 伊藤 綾
管理者 松本 梨伽
説明者 _____