

指 定 訪 問 看 護 サ ー ビ ス

重 要 事 項 説 明 書

利 用 契 約 書

個 人 情 報 使 用 同 意 書

< 医 療 保 険 >

株式会社アミライズ

訪問看護ステーションラシクル葛城

あなた(又はあなたの家族)が利用されようと考えている指定訪問看護サービスについて、契約を締結する前に知っておいて頂きたい内容を説明します。

この『重要事項説明書』は「指定居宅サービス等の人員、設備及び運営に関する基準(平成11年厚生省令37号)」第8条に基づき、訪問看護ステーション提供契約締結に際して、予め説明しなければならない内容を記したものです。

1. 事業者

法人名	株式会社アミライズ
法人所在地	大和高田市大中99-2 高田吉田ビル3階
電話番号	0745-52-5500
FAX番号	0745-52-5502
代表者名	代表取締役 尾中 清史 (おなか きよし)
設立年月日	平成30年2月1日

2. 事業所

事業所の名称	訪問看護ステーション ラシクル葛城
事業所指定番号	奈良県 医療:0290084 介護:2960290084
事業所所在地	大和高田市大中99-2 高田吉田ビル3階
電話番号	0745-52-5500
FAX番号	0745-52-5502
管理者名	尾中 清史
サービス提供地域	大和高田市、葛城市、香芝市、御所市、橿原市、広陵町

3. 事業の目的と運営方針

- ① 利用者に対し、かかりつけ医から交付された訪問看護指示書に基づき、看護師 等が訪問し看護サービスを提供することで、その心身機能の維持回復を行うことを目的とします。
- ② 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配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとします。
- ③ 関係市町村、地域の医療、保健、福祉サービス機関との密接な連携に努め、協力と理解のもとに適切な運営を図るものとします。

4. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日 ※ただし祝日、年末年始(12/30～1/3)を除く
営業時間	9:00～17:15
注	職員の急病等により人員の確保が困難な場合、訪問を休止する場合があります。その場合は別日にて振替利用できるように調整いたします。 また大雨・洪水・暴風等により気象警報が発せられ、訪問が困難と思われる場合は臨時休業することもあります。

5. 事業所の職員体制(令和6年12月1日現在)

職種	従事するサービス内容	人員
管理者	管理者は業務の管理を一元的に行います。	1名(常勤)
訪問看護師	主治医より訪問看護師指示書を受けた後、利用者の状態に合わせ、必要に応じたサービスを提供します。	5名(常勤) 5名(非常勤)

6. サービス内容及び費用について

(1) 提供するサービス内容について

サービス区分と種類	サービスの内容
訪問看護計画の作成	かかりつけ医の指示に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。
訪問看護の提供	訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。 ①病状の観察、日常生活動作の観察 ②清拭、洗髪等による清潔の保持、食事及び排泄などの日常生活の指導 ③褥瘡の予防、処置 ④リハビリテーション ⑤ターミナルケア、認知症患者の看護 ⑥療養生活や介護方法の指導 ⑦カテーテル等の管理 ⑧その他医師の指示による医療処置

(2) 看護職員の禁止行為

看護職員はサービス提供に当たって、次の行為は行いません。

- ①利用者又は家族の金銭、預金通帳、証書、書類の預かり
- 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の提供
- ④利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食
- 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利用者又は家族に対する宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

(3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額(医療保険を適用する場合)について

①利用回数について

原則1日1回とし、週3回までは保険適用となっています(主治医から特別な指示がある場合はこの限りではありません)。1回の訪問時間は30分程度となっていますが、症状などにより原則1時間30分までとさせて頂きます。ただし、病状の悪化に対して適宜応じます。

②利用料金について

後期高齢者医療受給者の場合：保険の負担割合分

各種健康保険法の対象者の場合：保険の負担割合分

※更新や変更等により新しい保険証や公費受給者証が届いた場合は速やかに訪問者にお知らせください。自己負担割合が変わる場合があります。

③その他の利用料

・電気、ガス、水道費の光熱費、衛生材料費、おむつ等は実費で利用者の負担となります。

・当日のキャンセルはキャンセル料が発生します。キャンセル料金：3,300円(税込)
キャンセルの場合はできる限り前々日の営業時間内に連絡を頂きますようお願いします。ただし、利用者の容体の急変など緊急やむえない事情がある場合は相談ください。

連絡先：訪問看護ステーション ラシクル葛城 0745-52-5500

7. 請求と支払方法について

(1)利用者からいただく利用者負担金は下記表の通りです。

この金額は、医療保険の法定利用料に基づく金額です。

後期高齢者の方 の対象の方	・(基本療養費+管理療養費+加算分) × 負担割合となります。			
	① 一般 (②, ③以外の方)	一割負担	月額上限 14,000円	
	② 市民税非課税世帯の方	一割負担	月額上限 8,000円	
	③ 一定以上の方 ※	三割負担	月額上限 57,600円	
※一定以上の方は、後期高齢者保険の窓口に届け出てみとめられれば一割負担となる場合があります。				
一般の健康保険等	<ul style="list-style-type: none">・(基本療養費+管理療養費+加算分) × 負担割合となります。・重度心身障害者医療、自立支援医療の受給者証をお持ちの方は各市町村により自己負担額が変わります。・特定医療疾患対象者の方は交通費のみの負担となります。◆1ヶ月に支払った利用者負担金が、負担限度額を超えた場合は、超えた金額を市区町村へ申請いたしますと、超えた金額が高額療養費として支給されます。 <p>※いずれも医療費控除の対象となります。</p>			

(2)利用者負担金はその他の費用の額とサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計額により請求いたします。請求書は、サービス利用月の翌月に利用者宛てにお渡します。

(3)利用者負担金は請求月内に現金でお支払いください。

(4)お支払いの確認ができましたら領収書をお渡しますので、必ず保管されますようお願いします。(医療費控除の還付請求の際に必要になる事があります。)

(5)利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用料を1ヶ月以上滞納した場合において、事業者が利用者に対して滞納額を支払うよう催告したにもかかわらず金額の支払いがないとき、事業者は、利用者の健康・生命に支障がない場合に限り、金額の支払いがあるまで利用者に対する訪問看護の全部または一部の提供を一時停止することができます。また利用者が一時停止の意思表示をした後、14日間経過し全額の支払いがない場合は契約解除することができます。

8. 訪問時の緊急対応について

- (1)訪問時、事故や体調の急変があった場合、利用者の主治医への連絡を行い、必要な措置を講じます。また、ご家族に対しても指定された緊急連絡先に速やかに連絡致します。
- (2)訪問時、再三の呼びかけ(10分程度)に対して応答がない場合、指定された緊急連絡先へ連絡し所在確認をお願いしております。ご家族により判断された場合、またはご家族に連絡が取れない場合、救急・警察に連絡することがあります。

9. 損害賠償について

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必要な措置を講じます。また、当事業所の責にその原因を認められる損害賠償については、当事業所が加入している損害賠償保険を通じて速やかに対応します。ただし、事業者は自己の責に帰する事由がない限り、損害賠償責任を負いません。下記に該当する場合には損害賠償責任を免れます。

- ・利用者(ご家族を含む)が本契約締結後に際し、その心身の状況及び病歴などの重要事項について、故意に事業者に告げず、又は不実の告知を行ったことに起因し損害が発生した場合。
- ・ご利用者(その家族を含む)がサービスの実施にあたって必要な事項に関する聴取・確認に対して、故意に事業者に告げず、又は不実の告知を行ったことに起因して損害が発生した場合。
- ・ご利用者の急変な体調の変化等、事業者の実施したサービスを原因としない事由に起因して損害が発生した場合。
- ・ご利用者(その家族を含む)が事業者の指示等に反して行った行為に起因して損害が発生した場合。

なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	社団法人 全国訪問看護事業協会
保険名	訪問看護事業者総合保障制度

10. サービスのご利用に際しての禁止事項、お願い

(1) 禁止事項

信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

- ①事業者の職員に対して行う暴言・暴力、ハラスメントなどの行為(表①)
- ②サービスに対する過度の要求、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- ③サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。

(2) お願い

- ①お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- ②訪問の際はペットをゲージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- ③見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員の同意を受けてください。
- ④訪問中の喫煙はご遠慮ください。

表① 暴力・ハラスメントの具体的な例

	<p>人の身体に向けられた有形力の行使だけではなく、物に向けられた有形力の行使や投げつけられた物が当たらなかった場合等、物理的接触を欠く場合も含みます。</p>
<p>物理的・身体的な 暴力・ハラスメント</p>	<p>例 ○叩く ○殴る ○蹴る ○噛む ○つねる ○搔きむしる ○唾を吐く ○職員に向けてハサミ等の物を投げる ○包丁の刃を職員に向ける</p>
<p>精神的な 暴力・ハラスメント</p>	<p>言葉や態度によって個人の尊厳や人格を傷つけたり、おとしめたりする行為をいい、無視したり、第三者に対して事実ではないことを言う等も含みます。</p> <p>例 ○威嚇しながら怒号と罵声を繰り返す ○無視し続けられ、サービス提供が進まない ○特定の職員のサービス提供を理由なく拒む ○人格を否定するような発言をする ○事業所等へ訪問時の事実ではないことを言い続ける ○職員に対し、暴言や無礼な身振りをする ○利用者等の思い通りにならないとすぐに怒鳴る ○介護保険以外の業務を威嚇して強要する</p>
<p>性的な 暴力・ハラスメント</p>	<p>性的な内容の発言や性的な行動により、就業環境を害することをいいます。性的な言動には、性的な事実関係を尋ねること、性的な内容の情報を意図的に流布することが含まれます。性的な行動には、性的な関係を強要すること、必要なく身体に触ること、わいせつな図画等を表示すること等が含まれます。</p> <p>例 ○介護に不必要的な場面で下半身を露出する ○抱きつく ○シャワー介助中に身体を触る ○猥褻な言葉を発する ○容姿に対して、不快な発言をする ○胸を触る ○アダルトビデオを見ようと勧める</p>

1.1. 苦情申立て窓口

<p>【事業者の窓口】 訪問看護ステーションラシクル葛城 管理者 尾中 清史</p>	<p>所在地 大和高田市大中 99-2 高田吉田ビル 3 階 電話番号 0745-52-5500 ファックス 0745-52-5502 受付時間 月～土曜日 9:00～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 大和高田市役所 社会福祉課</p>	<p>所在地 大和高田市大字大中 100 番地 1 電話番号 0745-22-1101 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 葛城市役所 社会福祉課</p>	<p>所在地 葛城市柿本 166 番地 電話番号 0745-69-3001 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 香芝市役所 社会福祉課 障がい福祉係</p>	<p>所在地 香芝市本町 1397 番地 電話番号 0745-79-7151 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 御所市役所 福祉課 障害福祉係</p>	<p>所在地 御所市 1 番地の 3 電話番号 0745-62-3001 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 橿原市役所 障害福祉課</p>	<p>所在地 橿原市内膳町 1-1-60 分庁舎 2 階 電話番号 0744-20-0015 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【市町村の窓口】 広陵町役場 社会福祉課 障がい福祉係</p>	<p>所在地 北葛城郡広陵町大字南郷 583-1 電話番号 0745-55-6771 受付時間 8:30～17:15</p>
<p>【公的団体の窓口】 奈良県国民健康保険団体連合会</p>	<p>所在地 橿原市大久保町 302 番 1 電話番号 0744-29-8319</p>

【説明確認欄】 重要事項について文書を交付し、説明しました。

事業者 所在地 〒635-0095
大和高田市大中 99-2 高田吉田ビル 3 階
法人名 株式会社アミライズ
代表 尾中 清史 印

事業所 所在地 〒635-0095
大和高田市大中 99-2 高田吉田ビル 3 階
名 称 訪問看護ステーションラシクル葛城
管理者 尾中 清史 印

令和 年 月 日

説明者 尾中 清史

【利用者確認欄】 私は重要事項について説明を受け、同意し、交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 印

訪問看護サービス契約書（医療保険用）

_____様（以下「利用者」といいます）と、指定訪問看護事業者である訪問看護ステーションラシクル葛城（以下「事業者」といいます）は、事業者が利用者に対して行う訪問看護サービスについて、次の内容にて契約を締結します。

第1条（契約の目的）

事業者は、後期高齢者医療制度等の関係法令及びこの契約書に従い、利用者に対し心身機能の維持回復（療養上の世話または診療の補助）をその内容とした訪問看護サービスを提供し、利用者は事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

契約期間は、契約締結の日から、利用者の終了意思表示をされるまでの期間とします。ただし、第9条に定める契約の終了行為があった場合は、その定める日までとします。

第3条（訪問看護計画）

- 事業者は、主治医の指示に基づき、利用者の日常生活の状況及び希望を踏まえて「訪問看護計画」を作成します。事業者はこの「訪問看護計画」を作成した場合、利用者に説明します。
- 事業者は、利用者がサービス内容や提供方法等の変更を希望する場合は、速やかに「訪問看護計画」の変更等の対応を行います。

第4条（主治医との関係）

- 事業者は、訪問看護サービスの提供を開始する際には、主治医の指示を文書で受けます。
- 事業者は、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治医との密接な連携を図ります。

第5条（サービス提供の記録等）

- 事業者は、指定訪問看護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、サービス提供の終了時に利用者より確認を受けることとします。

- 2 事業者は、「訪問看護・リハ記録書」等の記録をサービス終了日より、3年間はこれを適正に保存します。又、利用者本人から開示の求めがあった場合は、業務の支障がない時間に閲覧・謄写に応じ、実費負担により、写しを交付致します。

第6条（利用者負担金及びその滞納）

- 1 サービスに対する利用者負担金は、別紙「重要事項説明書」に記載する通りとします。尚、利用者負担金は関係法令に基づいて決められているものであるため、契約期間中にこれが変更になった場合は、関係法令に従って改定後の金額が適応されます。
- 2 利用者が正当な理由なく事業者に支払うべき利用者負担金を1カ月分以上滞納した場合は、事業者は14日以上の期間を定めて、期間満了までに利用者負担金を支払わない場合には契約を解除する旨の催告をすることができます。
- 3 事業者は、前項に定める期間が満了した場合には、この契約を文書により解除することができます。

第7条（利用者の解約権）

利用者は、事業者に対し1週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ます。

第8条（事業者の解除権）

- 1 事業者は、利用者の著しい不信行為により契約の継続が困難となった場合は、その理由を記載した文書により、この契約を解除することができます。
- 2 事業者は、事業の安定的な運営が困難となった場合や事業所の統廃合があった場合は、その理由を記載した文書によりこの契約を解除することができます。この場合事業者は、利用者の主治医等と協議し、利用者に不利益が生じないよう必要な措置をとります。

第9条（契約の終了）

次のいずれかの事由が発生した場合は、この契約は終了するものとします。

- 1 第7条の規定により利用者から解除の意思表示がなされ、予告期間が満了した時
- 2 第8条の規定により事業者から契約解除の意思表示がなされた時
- 3 次の理由で利用者にサービスを提供できなくなった時
(1) 利用者が長期にわたり医療施設に入院した場合

（2）利用者が死亡した場合

第10条（サービスの中止）

天災などの事業者の責に帰すべからざる事由により、サービスの提供ができなくなった場合、事業者は、利用者に対するサービス提供の義務を負いません。

第11条（損害賠償）

事業者は、サービスの提供に伴って利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償致します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。

第12条（個人情報保護）

- 事業者は、サービスを提供する上に知り得た利用者及びその家族に関する秘密・個人情報については、利用者または第三者の生命、身体等に危険がある場合等正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- あらかじめ文書により利用者や家族の同意を得た場合、前項の規定に関わらず、一定の条件下で個人情報を利用できるものとします。

第13条（苦情対応）

- 利用者は提供されたサービスに対して苦情がある場合には、事業者、市町村又は国民健康保険団体連合会に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。
- 事業者は、苦情対応の窓口責任者及びその連絡先を明らかにすると共に、苦情の申し立て又は相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。
- 事業者は、利用者が苦情申し立て等を行ったことを理由として何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

第14条（契約外条項等）

- この契約及び後期高齢者医療制度等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重し、利用者と事業者の協議により定めます。
- この契約書は、後期高齢者医療制度等に基づくサービスを対象としたものになり、利用者がそれ以外のサービスを希望する場合には、別途契約するものとします。

上記のとおり、居宅サービスの契約を締結します。

令和 年 月 日

契約者 住 所
(利用者)

氏 名 印

電 話

上記代理人 (代理人を選任した場合)

住 所

氏 名 印

立会人 住 所

氏 名 印

(注)「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場にたって事業者との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は契約書の法的な義務等を負うものではありません。

主治医情報 名 称

医師名

住 所

電 話

緊急連絡先 住 所

代理人と
同じ場合 氏 名 【続柄】

電 話

【事業者】 所 在 地 〒635-0095 大和高田市大中 99-2 高田吉田ビル 3 階

事業者名 株式会社アミライズ

代表者 尾中 清史 印

【事業所】 所 在 地 〒635-0095 大和高田市大中 99-2 高田吉田ビル 3 階

事業者名 株式会社アミライズ

訪問看護ステーションラシクル葛城

管理者 尾中 清史 印

奈良県知事指定 奈良県 医療 : 0290084 介護 : 2960290084

【個人情報の保護に関する取扱いについてのお知らせ】

訪問看護ステーションラシクル葛城では、ご利用者が安心して訪問看護を受けられるよう、ご利用者の個人情報の取扱いに万全の体制で取り組んでおります。ご不明な点などございましたら、担当窓口にお問合せください。

○ 個人情報の利用目的について

当訪問看護ステーションでは、ご利用者の個人情報を下記の目的で利用させていただきます。これら以外の利用目的で使用する場合は、改めてご利用者の同意をいただくようになります。

○ 個人情報の訂正・利用停止について

当訪問看護ステーションが保有しているご利用者の個人情報の内容が事実と異なる場合などは、訂正・利用停止を求めることができます。調査の上、対応いたします。

○ 個人情報の開示について

ご自身の訪問看護記録等の閲覧や複写をご希望の場合は、担当者までお申し出下さい。なお、開示には手数料がかかりますのでご了承ください。

○ 相談窓口のご案内

ご質問やご相談は管理者までお気軽にお寄せください。

【法人におけるご利用者の個人情報の利用目的】

訪問看護を実施するため、以下の範囲で個人情報を利用させていただきます。

○ 訪問看護ステーション内での利用

- ご利用者に提供する訪問看護サービス（計画・報告・連絡・相談等）
- 医療保険・介護保険請求等の事務
- 会計・経理等の事務
- 事故等の報告・連絡・相談
- ご利用者への看護サービスの質向上（ケア会議・研修等）
- その他、ご利用者に係る事業所の管理運営業務

○ 他の事業所等への情報提供

- 主治医の所属する医療機関、連携医療機関、ご利用者に居宅サービスを提供するほかの居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所との連携（ただし、サービス担当者会議等への情報提供はご利用者に文書で同意を得ます）、照会への回答
- その他業務委託
- 家族等介護者への心身の状況説明
- 医療保険・介護保険事務の委託
- 審査支払機関へのレセプト提出、審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

○ その他上記以外の利用目的

- 看護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
- 訪問看護ステーションで行われる学生の実習への協力
- 学会等での発表（原則、匿名化。匿名化が困難な場合は利用者の同意を得ます）

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

利用者のための居宅サービス計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、介護支援専門員との連絡調整、医療関係者等において必要な場合

2. 使用する事業者の範囲

利用しているサービスの事業者、これから利用予定のあるサービスの事業者、利用関係者、行政等

3. 使用する期間

令和 年 月 日 から 契約終了まで

4. 条件

- （1）個人情報の提供は必要最低限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れる事のないよう細心の注意を払うこと。
- （2）個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

令和 年 月 日

訪問看護ステーションラシクル葛城 宛

（利用者） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

（利用者の家族） 住 所 _____

氏 名 _____ 印

（ 同 ） 住 所 _____

氏 名 _____ 印