

# 八戸市医師会訪問看護ステーション 重要事項説明書 兼 個人情報使用同意書

〈令和6年4月1日更新〉

## 1 当法人の概要

名称（法人種別）	一般社団法人 八戸市医師会
代表者氏名	会長 熊谷 俊一
所在地	八戸市田向三丁目6番20号
電話番号	0178-38-5130
FAX番号	0178-38-5270

## 2 八戸市医師会訪問看護ステーションの概要

事業所名称	八戸市医師会訪問看護ステーション
事業所所在地	八戸市柏崎六丁目26番1号
電話番号	0178-71-2100
FAX番号	0178-44-9946

### (1) 提供できる居宅サービスの種類と地域

サービスの種類	介護予防訪問看護 ・ 訪問看護 ・ 指定訪問看護
事業所番号	指定事業所番号 0260390125
サービスを提供できる地域	八戸市内にお住まいの方 八戸市以外にお住まいの方でも、ご希望の方は ご相談ください。可能な限りご相談に応じます

### (2) 職員体制

管理者氏名：長谷川 さおり

職種	資格	勤務体制	合計	業務内容
管理者	看護師	常勤	1名	業務の管理 訪問看護の業務
訪問看護	看護師	常勤	8名	訪問看護の業務
訪問看護(リハビリ)	理学療法士	常勤	2名	訪問リハビリ業務
事務員		常勤	2名	事務業務

### (3) サービスの提供時間

サービス時間	月曜日～金曜日（祝日も営業します） 午前9時～午後5時30分
	土曜日（祝日も営業します） 午前9時～午後0時30分
休業日	日曜日 年末年始（12月29日～1月3日） 医師会長が必要と認めた日

#### (4) 連絡体制

##### 24時間、電話での連絡対応体制をとっています。

- 1) 営業時間内は、0178-71-2100（訪問看護ステーション）  
職員が不在になる時は、携帯電話への転送となります。
- 2) 営業時間外は、携帯電話へ 090-4479-7195  
（つながるまで時間がかかります。10コール程度。）
- 3) 上記の携帯電話が使用中の場合は、090-4479-7198へ

### 3 八戸市医師会訪問看護ステーションの特徴

#### (1) サービスの方針

利用者の心身の特性を踏まえて、心身の機能の維持回復を目指すことにより、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように、療養目標を設定し計画的な訪問看護を行います。

訪問看護に際しては、医学・看護学の進歩を取り入れ、適切な看護技術を追求して参ります。そのための一助として、全職員が年1回以上研修会・研究会への出席を実施いたします。

#### (2) サービスの評価

当ステーションが提供する訪問看護の質の自己評価を行い、常にサービスの改善に努めます。

#### (3) サービスの内容

主治医の指示により、介護支援専門員等と連携を密にしながら、訪問看護サービスを提供いたします。また、必要に応じて理学療法士が訪問リハビリテーションを行います。

- ① 病状・全身状態の観察と看護
- ② 療養生活や介護方法の指導
- ③ 処方薬の管理
- ④ 食事、水分・栄養摂取の管理、排泄ケア
- ⑤ 清拭・洗髪・入浴介助・陰部洗浄などの清潔の指導・援助
- ⑥ ターミナルケア
- ⑦ リハビリテーション
- ⑧ 認知症や障がい者の看護
- ⑨ 家族などの支援
- ⑩ 褥瘡や創傷の処置
- ⑪ カテーテルや医療機器などの操作・援助・管理
- ⑫ その他医師の指示による診療の補助業務
- ⑬ 社会資源の活用
- ⑭ 緊急時の訪問看護

### 4 利用料金

#### (1) 訪問看護の利用料料金表（別紙）をご覧ください。

訪問看護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当ステーションが法定代理受領サービスであるときは、利用者の保険証・受給者証に記載の自己負担割合額をお支払いいただきます。

但し、当ステーションが法定代理受領サービスを行わない場合は、いったん全額自己負担額をお支払いいただきます。当ステーションより「サービス提供証明書」を交付いたしますので、「領収書」を添えて居宅介護（介護予防）サービス費等支給申請を行ってください。

## (2) 利用料の支払い方法

- ① 利用料は、月末締めで翌月に請求します。
- ② 口座振替による納付方法となりますので、口座振替の申し込みをしていただきます。
  - ・銀行の振替日は毎月 20 日
  - ・振替日が土・日・祝日の場合は翌営業日となります。
- ③ やむを得ず口座振替の契約や振替ができない場合は、指定した日にご持参いただくか、職員が集金に伺います。いずれの場合も領収書を発行いたします。  
確定申告などの際に必要なこともありますので、大切に保管してください。  
なお、領収書の再発行はいたしません。

## (3) 利用料の滞納

- ① 利用者が、正当な理由なく利用料の支払いを3ヶ月以上滞納された場合、1ヶ月以内の期限を定めて督促し、お支払いのない場合は契約を破棄します。
- ② 契約を破棄した場合は、必要な措置を行うために関係機関へ連絡をします。

## (4) その他

- ① 保険証の確認  
月1回、保険証などを確認させていただきます。  
保険証の内容に変更が生じた場合は、速やかにお知らせください。
- ② サービスを提供するために使用する水道・ガス・電気などの費用は、利用者の負担になります。
- ③ 計画によって、当日訪問したにもかかわらず、連絡なしにキャンセルされた場合は、キャンセル料（利用者負担金の全額）をいただきます。  
ただし、急変・緊急入院などの事情がある場合、または当日午前9時までに連絡があった場合を除きます。  
(計画されていた日時をキャンセル、または変更される場合は、遅くとも当日午前9時までにご連絡ください。)
- ④ 当ステーションの看護体制は、担当制となります。但し、事業所の体制により変更となる場合があります。
- ⑤ 当ステーションをご利用の方には、希望があればエンゼルケアもいたします。
- ⑥ 職員が車で訪問する場合に、自宅に駐車出来ない状況の時は有料駐車場の契約をお願いする場合があります。  
また、利用者の搬送などで、当ステーションの職員がタクシーを使用した場合も実費を負担いただきます。

## 5 サービスの利用について

### (1) 訪問看護のお申し込みとサービスの利用開始

- ① 当ステーションにご相談ください。  
希望があれば、ご自宅・入院・入所先に当ステーションの職員がお伺いいたします。
- ② 訪問看護を利用する場合は、主治医からの訪問看護指示書が必要です。指示書料は、主治医の医療機関から利用者への請求になります。訪問看護指示書は、当ステーションに届けられます。

### (2) サービスの終了

- ① 利用者の都合でサービスを終了する場合  
サービスの終了を希望する日の7日前までにお申し出ください。  
当ステーションが正当な理由なくサービスを提供しないとき、守秘義務に反したとき、また利用者及びその家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、利用者は解約を通知することによって、即座にサービスを終了できます。

② 当ステーションの都合でサービスを終了する場合

利用者との契約の目的が達せられないと判断したときや、人員不足など、やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がありますが、そのときは30日前に文書で通知いたします。同時に、当ステーションは、主治医、介護支援専門員などへの連絡を行い、適当な他の指定訪問看護事業者を紹介するなどの、必要な措置を講じます。

③ 自動的に終了となる場合

- ・利用者が亡くなられたとき。
- ・介護保険での訪問看護サービスを受けていた利用者の要介護認定区分が非該当（自立）と認定されたとき。

(介護保険での訪問看護サービスは受けられませんのでご相談ください)

- ・利用者の病状や介護度の改善により、訪問看護の必要性が認められなくなったとき。
- ・利用者が入院、入所等で3ヶ月間訪問看護サービスを受けられなかったとき。
- ・その他、解約せざるを得ない状況が生じたとき。

④ その他

利用者及びその家族などから、当ステーションおよび職員に対し、当該契約を継続し難い行為があった場合は、文書で通知し、直ちにサービスを終了させていただく場合もあります。

(3) その他

職員に対しての金銭の贈与、贈り物や飲食物等の提供はお断りしております。

## 6 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

[虐待防止に関する担当者]：管理者 長谷川 さおり

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。なお、当該指針については当ステーションホームページ掲載しております。

(4) 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当ステーション職員又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

## 7 サービス内容に関する相談・苦情窓口

(1) 当ステーションに対する相談・苦情窓口

① 担当者 長谷川 さおり

担当者が不在のときは、基本的事項について、在室している職員が対応いたしますが、相談および苦情の内容は、担当者に引継ぎます。

② 連絡方法 電 話 0178-71-2100

F A X 0178-44-9946

③ 受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後5時30分

土曜日 午前9時～午後0時30分

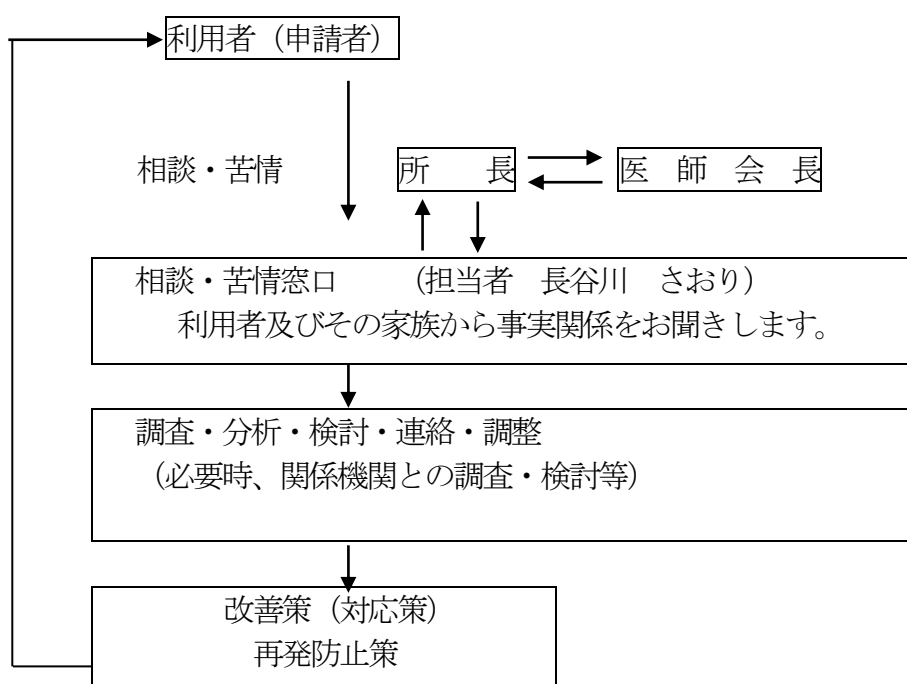
ただし、休業日(1ページ参照)は除きます。

(2) 相談・苦情があった場合は、その内容を十分にお聞きいたします。

(3) 事実関係を確認し、関係機関に対応していただきます。

- (4) 相談・苦情の内容が調査・検討を要する場合は、その予定を説明いたします。
- ① 調査・検討の結果、改善を要する場合は、必要な改善策をとり、再発防止など対応策を講じます。
  - ② 調査および対応の結果については、利用者及びその家族などに連絡し説明いたします。
  - ③ 相談・苦情の内容が、利用者及びその家族などの誤解と思われる場合、理解が得られるよう説明いたします。
- (5) 相談・苦情から解決まで、原則として約2週間以内に処理することとします。
- (6) 相談・苦情などの〔対応システム〕を図1のように定めています。

図1 〔相談・苦情対応システム〕



(7) その他

利用者のお住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口などに苦情を伝えることができます。

八戸市庁介護保険課	0178-43-2111
青森県国民健康保険団体連合会	017-723-1336
青森県社会福祉協議会	017-731-3039

8 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化などがあった場合は、必要に応じて応急処置を行い、主治医の指示を受けて速やかに必要な対応をいたします。また、ご家族、関係機関などに連絡いたします。(同意書裏面に連絡先などを書いていただきます。)

## 9 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送などの措置を講じ、速やかに利用者がお住まいの市町村、ご家族、関係機関などに連絡いたします。
- (2) 事故の状況および事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し再発防止の対策を講じます。
- (3) 当ステーションの訪問看護サービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに損害賠償をいたします。

## 10 非常災害時の対応

地震・風雪水害などの自然災害発生、または警報などが発令された場合には、サービスの提供を中止する場合があります。その場合は事業者から連絡します。

## 11 秘密保持および個人情報の提供

- (1) 事業者および従業員は、訪問看護サービスを提供するうえで、知り得た利用者及びその家族のプライバシーを守ることを義務としています。
- (2) 当ステーションは、主治医や関係機関との連絡調整、サービス担当者会議において、情報を共有し、より充実した訪問看護を提供するため、利用者及びその家族の個人情報を提供することがあります。
- (3) 事業者および従業員は、退職後も正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びその家族のプライバシーを守ることを義務としています。

## 12 個人情報の使用について

利用者及びその家族の個人情報の使用については、下記により必要最小限の範囲内で使用させていただきます。

### 1 使用目的

- (1) 当ステーションと関係機関の間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記(1)のほか、その他関係機関との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 主治医及び関係医療機関との情報共有が必要な場合。
- (4) 診療報酬請求の事務及び管理運営業務のため。

### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業所
- (2) 病院又は診療所
- (3) その他関係機関

### 3 使用する期間

サービスの提供を受けている期間

### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の使用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

## 重要事項説明書 兼 個人情報使用同意書

令和 年 月 日

八戸市医師会訪問看護ステーション

### 利用者

私（利用者）及びその家族は、訪問看護サービス内容および重要事項並びに個人情報の使用について、文書に基づいて事業者から説明を受け、その内容に同意します。

【利用者】 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

【代理人】 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(利用者との関係) \_\_\_\_\_

【家族の代表】 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

(続柄) \_\_\_\_\_

【署名代筆者】 (住所) \_\_\_\_\_

(氏名) \_\_\_\_\_

〔利用者は、心身の状況等により署名できない為、利用者本人の意志を確認の上、私が利用者にとって、その署名を代筆しました。〕

### 事業所

当ステーションは、ご利用者に対する訪問看護サービスの提供開始にあたり、ご利用者及びご家族の方々にサービス内容および重要事項並びに個人情報の使用について文書に基づいて説明し、その内容を承諾いただきました。

【事業所名】 八戸市医師会訪問看護ステーション

【事業所住所】 八戸市柏崎六丁目26番1号

【説明者氏名】 氏名 \_\_\_\_\_

緊急時の連絡先

ご利用者氏名	大・昭・平・令 年 月 日生
現在お住まいの住所（施設名等） 〒	電 話  本人携帯
<p>主治医</p> <p>病 院 名 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号等 _____</p> <p>ご家族（第一連絡者） ご利用者との続柄 _____</p> <p>連絡先住所等 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号等 _____</p> <p>（第二連絡者） ご利用者との続柄 _____</p> <p>連絡先住所等 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号等 _____</p> <p>介護支援専門員・相談支援専門員</p> <p>所属事業所 _____</p> <p>住 所 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号等 _____</p> <p>その他の関係者</p> <p>職種・続柄等 _____</p> <p>連絡先 _____</p> <p>氏 名 _____</p> <p>電話番号等 _____</p>	
<p>災害時避難先(近隣の公共施設、家族間で決めている場所等)</p>	