

重要事項説明書

訪問看護（精神・医療保険）

様

訪問看護ステーション トワ

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている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いただきたい内容を説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問してください。

この「重要事項説明書」は、「沖縄県指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（平成 25 年条例第 23 号）」、「沖縄県指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準等を定める条例（平成 25 年条例第 24 号）」の規定に基づき、指定訪問看護サービス提供契約締結に際して、ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. サービスを提供する事業者について

事業者名称	合同会社 towa
代表者氏名	代表社員 古堅孝安
所在地	沖縄県名護市字大中 1 丁目 5 番地 1 号 具志堅ビル 101 号室
法人設立年月日	令和 4 年 9 月 22 日

2. 利用者に対してのサービス実施する事業所について

事業所名称	訪問看護ステーション トワ
事業の目的	訪問看護ステーション トワ（以下「事業所」という。）が行う指定居宅サービス及び指定介護予防訪問看護事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定める。事業所が、要介護状態若しくは要支援状態等にある、又は病気や けが等により家庭において継続して療養を受ける状態にあり、主治医が必要と認めた利用者に適正な訪問看護を提供することを目的とする。
介護保険指定番号	4760990137
事業所の管理者	伊波弘輝
所在地	沖縄県名護市字大中 1 丁目 5 番地 1 号 具志堅ビル 101 号室
連絡先相談担当者名	電話 0980-43-5466 FAX 0980-43-5576
通常の事業実施地域	名護市、今帰仁村、本部町、東村、大宜味村、国頭村
サービスの種類	訪問看護・介護予防看護
営業日 営業時間	月曜日～金曜日 am 9:00～ pm 18:00まで

サービス提供日 サービス提供時間	月曜日～土曜日 ※点滴処置など毎日必要があれば日曜日可 am 9:00～ pm 18:00まで
休日	日曜日・年末年始（12/31～1/3まで） 電話等により、24時間連絡対応が可能な体制をとっています
運営の方針	
利用者が要介護状態となった場合においても、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、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指すよう支援する。また、利用者が要支援状態となった場合においても、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、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すよう支援する。 なお、事業にあたっては、利用者の主治医による指示を文書で受けるものとします。 事業の実施にあたっては、主治医との密接な連携を図るものとします。 利用者の状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとします。 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。 関係市町村、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者等との連携に努めるものとします。 利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、責任者を設置すること等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施することなどの措置を講ずるよう努めるものとします。 その他、市町村の条例に定める内容を遵守し、事業を実施するものとします。	

3. 事業所の従業者の員数、職種及び業務内容

（2025年3月1日現在）

管理者	1名 (常勤)	1. 主治の医師の指示に基づき適切な事業が行われるよう必要な管理を行います。 2. 訪問看護計画書及び訪問看護報告書の作成に関し、必要な指導及び管理を行います。 3. 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。
訪問 看護師等	常勤3名 非常勤5名	1. 訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師から文書による指示を受けるとともに、主治の医師に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治の医師との密接な連携を図ります。

		2. 主治の医師の指示に基づく訪問看護計画書の作成を行うとともに、利用者等への説明を行い同意を得ます。 3. 利用者へ訪問看護計画を交付します。 4. 訪問日、提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成します。 5. 訪問看護の実施状況の把握及び看護計画の変更を行います。 6. 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。 7. 常に利用者の病状、心身の状況及び環境の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。 8. サービス担当者会議への出席等により、居宅介護支援事業者と連携を図ります。
--	--	---

4. 提供するサービスの内容について

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	主治の医師の指示に基づき、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サービスを提供します。 具体的な訪問看護の内容 ① 病状の観察 ② 清拭・洗髪等による清潔の保持 ③ 食事及び排泄等日常生活の世話 ④ 床ずれの予防・処置 ⑤ リハビリテーション ⑥ 認知症患者の看護 ⑦ 療養生活や介護方法の指導 ⑧ カテーテル等の管理 ⑨ 服薬管理 ⑩ その他医師の指示による医療処置

5, 訪問看護料金表

精神科訪問看護を利用される場合には、精神科を標榜する保険医療機関において精神科を担当する 主治医の先生から『精神科訪問看護指示書』を出していただかなければなりません。精神科訪問看護を利用された際には、診療報酬によって定められている費用のお支払が必要になります。

〈精神科訪問看護基本療養費Ⅰ〉 ご自宅への訪問

精神科訪問基本療養費Ⅰ			料金	1 割	2 割	3 割
保健師、看護師による場合	週 3 日まで	30 分以上	5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		30 分未満	4,250 円	425 円	850 円	1,275 円
	週 4 日以降	30 分以上	6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
		30 分未満	5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円
准看護師による場合	週 3 日まで	30 分以上	5,050 円	505 円	1,010 円	1,515 円
		30 分未満	3,870 円	387 円	774 円	1,161 円
	週 4 日以降	30 分以上	6,050 円	605 円	1,210 円	1,815 円
		30 分未満	4,720 円	472 円	944 円	1,416 円

〈精神科訪問看護基本療養費Ⅱ〉

精神科訪問看護基本療養費Ⅱ	1,600 円/日
---------------	-----------

〈精神科訪問看護基本療養費Ⅲ〉 (1 日につき)同一建物居住者

精神科訪問基本療養費Ⅲ			料金
保健師、看護師による場合	週 3 日まで	30 分以上	2,780 円/日
		30 分未満	2,130 円/日
	週 4 日以降	30 分以上	3,280 円/日
		30 分未満	2,550 円/日
准看護師による場合	週 3 日まで	30 分以上	2,530 円/日
		30 分未満	1,940 円/日
	週 4 日以降	30 分以上	3,030 円/日
		30 分未満	2,360 円/日

〈精神科訪問看護基本療養費Ⅳ〉

精神科訪問看護基本療養費Ⅳ	8,500 円/日
---------------	-----------

・入院中 1 回の外泊時。

〈訪問看護管理療養費 1〉

月の初日	7,670 円/日
月 2 日以降	3,000 円/日

〈訪問看護管理療養費 2〉

月 2 日以降	2,500 円/日
---------	-----------

〈訪問看護情報提供療養費〉

月 1 回	1,500 円
-------	---------

〈24 時間対応体制加算〉

電話等で常時対応でき、必要時に緊急時訪問看護を行う体制があります。

月 1 回	6,800 円
-------	---------

〈精神科緊急時訪問看護加算〉

1 日回	2,650 円
------	---------

〈夜間・早朝、深夜加算〉

夜間・早朝訪問看護加算	2,100 円	夜間（午後 6 時から午後 10 時まで） 早朝（午前 6 時から午前 8 時まで）
深夜訪問看護加算	4,200 円	深夜（午後 10 時から翌 6 時まで）

※事業所の体制により基本料金が変更されることもあります。上記以外の加算がある場合、その都度説明します

※自立支援医療（精神通院）を使われている方は、自己負担の軽減があります。

〈精神科複数回訪問加算〉

医科点数表第 2 章第 8 部区番 I016 に掲げる精神科在宅患者支援管理料 1 又は 2 を算定する利用者 に対して主治医の指示に基づき訪問看護を行った場合算定します。

1 日に 2 回 ： 4,500 円	1 日に 3 回以上 ： 8,000 円
--------------------	----------------------

＜複数名精神科訪問看護加算＞（30 分未満の場合は除く）

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）の加算精神科訪問看護指示書の「複数名訪問の必要性があると認められる方」

保健師又は看護師が他の保健師、看護師、又は作業療法士の同行による訪問看護を行う場合	1 日に 1 回の場合	4,500 円
	1 日に 2 回の場合	9,000 円
	1 日に 3 回以上の場合	14,500 円
保健師又は看護師が准看護師の同行による訪問看護を行う場合	1 回に 1 回の場合	3,800 円
	1 日に 2 回の場合	7,600 円
	1 日に 3 回以上の場合	12,400 円
保健師又は看護師が看護補助者と同行による訪問看護を行う場合	週に 1 回	3,000 円

＜精神科重症患者支援管理連携加算＞

精神科在宅患者支援管理料 2 のイを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合	月 1 回に限り 8,400 円
精神科在宅患者支援管理料 2 のロを算定する利用者に定期的な訪問看護を行う場合	月 1 回に限り 5,800 円

＜特別管理加算＞

月 1 回 重症度により算定 ※悪性腫瘍、褥瘡など	Ⅰ 5,000 円
	Ⅱ 2,500 円

＜特別管理指導加算＞

初日の精神科訪問看護実施時	1 回 2,000 円
---------------	-------------

＜ターミナルケア加算＞

利用者の死亡日前 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを行った場合

訪問看護ターミナル療養費の類型	算定金額
訪問看護ターミナル療養費Ⅰ	25,000 円
訪問看護ターミナル療養費Ⅱ	10,000 円

＜訪問看護ベースアップ評価料Ⅰ＞

月 1 回	780 円
-------	-------

〈看護 DX 加算〉

月 1 回	50 円
-------	------

(2) 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事情がある場合を除く）
- 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

②その他の費用について

エンゼルケア	15550 円(税込み)
サービス提供記録の複写物の料金	サービスの実施記録の複写物をご希望される場合、 下記の料金（実費相当額）をお支払いいただきます。 ○サービス記録の複写物 1 枚につき 10 円＋消費税
手袋や綿球などの利用者の処置に必要な物品等	ご利用者様負担

③ご利用に伴う自己負担について

ご利用者様にお支払いいただきます自己負担額については、加入されている保険の種類、また各種医療助成制度の対象がどうかなどで異なります。公的保険証を確認させていただき、ご説明いたします。

保険種別	負担割合	自己負担限度額
国保高齢者受給者	1 割、2 割、3 割	高額療養費の適用になる場合があり 自己負担限度額区分の負担額になります
後期高齢受給者	原則 1 割、現役並みの所有者は 3 割	
自立支援医療受給者	受給者証に記載された負担上限月額の内	
重度心身障害者医療助成金制度		月 3000 円上限
特定医療費（指定難病）助成	受給者証に記載された負担上限月額の内	

制 度利用対象者		
生活保護世帯	自己負担金はありません	
上記以外の保険の方（国保・健保） 本人・健保家族等	3 割	

6. 料金のお支払いについて

料金及びご請求	料金及びその他の費用は、1 ヶ月ごとに計算し翌月 10 日までに請求書を送付いたします。						
お支払方法	サービス提供の都度お渡しするサービス提供記録の利用者控えと内容を照合の上、請求月の末日までに下記のいずれかの方法によりお支払いください。 ① 事業者指定口座への振り込み ② 現金支払い お支払いを確認しましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡しますので必ず保管されますようお願いいたします。 (医療費控除の還付請求の際に必要なことがあります。) <table><tr><td>口座名義</td><td></td></tr><tr><td>振込先</td><td></td></tr><tr><td>口座番号</td><td></td></tr></table>	口座名義		振込先		口座番号	
口座名義							
振込先							
口座番号							

※利用料、利用負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにも関わらず、支払期日から 3 カ月以上遅延し、さらに支払いの最速から 14 日以内に支払いがない場合には、サービス提供の契約を解除したうえで、未払い分をお支払いいただくことがあります。

7. サービスの利用に関する留意事項

サービスの中止・変更	当日不在や急なキャンセルなど、場合によって提供当たり料金 100%を請求させていただく場合があります。 前日にご連絡ください。なお利用者の病状の急変や急な入院等の場合には、キャンセル料は請求しません。
事業所への 連絡、報告	サービスを提供するに当たって必要な情報（利用者の能力や健康状態及び使用中のお薬、その他緊急時の連絡先など）は事業所に正しくお伝えください。

	また、健康状態などの変化があった場合なども事業所にご連絡ください。
訪問看護師について	事業所は、サービスの提供時に担当の訪問看護師を決定しますが、実際のサービス提供に当たっては、複数の訪問看護師が交替してサービスを提供します。
訪問看護師の 交替について	○利用者からの交替の申し出選任された訪問看護師の交替を希望する場合には、当該訪問看護師が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対し、訪問看護師の交替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の指名はできません。事業所からの訪問看護師の交替事業所の都合により、訪問看護師を交替する場合があります。 ただし、この場合事業所は、利用者若しくはご家族に対し、サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。
お問い合わせ窓口	担当者：伊波弘輝 連絡先：0980-43-5466 受付日・受付時間： 平日 9：00～18：00

8, 衛生管理等

- ① 訪問職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 指定訪問看護事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。

9, 身分証携行義務

身分証の携帯	訪問看護職員は、常に身分証（職員カード）を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者家族から提示を求められたときはいつでも身分証を提示します。
--------	--

10, 利益収受の禁止

事業所は、居宅介護支援事業者又はその従業者に対し、利用者に対して特定の事業者によるサービスを利用させることの対償として、金品その他の財産上の利益の供与はしません。

11, 契約終了について

契約の更新 及び終了	当事業所との契約は次に該当し、かつ主治医から訪問看護が必要であると認められた利用者。 (1) 40 歳までの医療保険加入者 (2) 40 歳以上 65 歳未満の 16 特定疾病以外の者 (3) 40 歳以上 65 歳未満の 16 特定疾病及び 65 歳以上の方で、 要介護・要支援に該当しない方 (4) 要支援・要介護者のうち、 ① 末期の悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める疾病等 ②精神科訪問看護 の利用期間にある方 ③急性憎悪期等の方（特別指示期間） ただし以下の場合には当事業所との契約は終了するものとします。 ○利用者が死亡した場合 ○利用者が介護保険施設へ入所した場合。また、医療機関等への入院で退院できない、若しくは長期に亘り退院が見込まれない場合。 ○その他利用者が相当期間以上にわたり、当事業所の提供するサービスの利用が困難となった場合 ○下記Aにより、利用者から契約の解除の申し出があった場合 ○下記Bにより、事業所から契約の解除の申し出があった場合
A 利用者からの 契約解除の 申し出	利用者は、契約の有効期間であっても契約の解除を申し出ることができます。この場合は契約解除を希望する 14 日前までに事業所に申し出てください。ただし、以下の場合には利用者は即時に契約を解除・解約できます。 ○事業所が正当な理由なく、健康保険法に定めるサービスを提供しない場合 ○事業所及び従業者が、守秘義務に違反した場合 ○事業所及び従業者が、利用者の身体、財産、信用等を傷付ける等の不信行為により、その後の契約を継続しがたい事情があった場合 ○上記の他、契約の継続が困難となるような重大な事態が発生した場合

B 事業所からの 契約解除の申し出	以下の場合に事業所は、利用者との契約を解除する場合があります。ただし、この場合事業所は利用者又は家族に対しその旨の説明を行います。 ○利用者又は家族が、サービスの利用に関する指示等に従わないことなどにより、要介護状態を悪化させたと認められる場合 ○利用者又は家族が、サービス提供にあたって必要な情報について、報告しない又は虚偽の報告をするなど適切なサービス提供が困難であると認められる場合 ○利用者又は家族等が他の利用者の生命、身体及び財産を傷付けるなど、その後の契約を継続しがたい事情があった場合 ○サービスの利用料金を 3 ヶ月以上滞納し、事業者が催促したにもかかわらず 30 日以内に支払わなかった場合 ○利用者又は家族等が、他の利用者、家族等若しくは事業所又は従業者に対する、暴力、暴言、威嚇（口頭によるものも含む）、セクシャルハラスメント、パワーハラスメント、モラルハラスメント、及びそれらと相応又は同等の行為により、適切なサービス提供の継続が困難であると判断できる場合 ○利用者又は家族等と事業所との信頼関係に支障をきたし、その回復が 困難で、適切なサービスの提供を継続できないと判断できる場合
---	---

1 2, サービス提供に関する相談、苦情について

①提供した訪問看護サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための相談を設置します。（下記記す【事業者窓口の通り】） ②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りとします。 ○苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため、必要に応じて訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行います ○管理者は、他職員に事実関係の確認を行います。 ○相談担当者は、把握した状況を他職員とともに検討を行い、対応を決定します。 ○対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行います。（時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡します。）
--

事業所の 苦情相談受付窓口	当事業所は、利用者及び家族からの苦情に適切に対応するため、苦情受付窓口、受付担当者を設置しています。 受付窓口：訪問看護ステーショントワ 担当者：管理者 伊波弘輝 受付時間：9：00～18：00 (月曜～金曜。12/30～1/3を除く) 電話番号：098-989-3992
公的な苦情相談窓口	名称：精神保健福祉相談 受付窓口：沖縄県 保健医療部 医療政策課内 住所：沖縄県那覇市泉崎 1-2-2 沖縄県庁 4 階 受付時間：9：00～17：00（月曜～木曜。祝日、年末年始は休み） ・相談時間は 30 分以内です。 ・相談料は無料ですが、通話代はご自己負担です。 電話番号：098-866-1260

【名護市役所（保険者）の窓口】 名護市役所 社会福祉課	所在地 〒905-8540 沖縄県名護市港一丁目 1 番 1 号 連絡先 0980-53-1212 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---	--

【今帰仁村役場（保険者）の窓口】 今帰仁村役場 福祉保健課	所在地 〒905-0492 沖縄県国頭郡今帰仁村字仲宗根 219 番地 連絡先 0980-56-4189 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---	---

【本部町役場（保険者）の窓口】 本部町役場 福祉課	所在地 〒905-8540 沖縄県国頭郡本部町東 5 連絡先 0980-47-2165 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---	--

【東村役場（保険者）の窓口】 東村役場 福祉課	沖縄県国頭郡東村平良 804 連絡先 0980-43-2202 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---------------------------------------	--

【大宜味村（保険者）の窓口】 大宜味村役場 住民福祉課	沖縄県国頭郡大宜味村大兼久 157 連絡先 0980-41-3003 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---	--

【国頭村役場（保険者）の窓口】 国頭村役場 福祉課	沖縄県国頭郡国頭村辺土名 121 連絡先 0980-41-2765 受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：15
---	---

1 3, サービス提供の記録

- ① 訪問看護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等をサービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。
- ② 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、その記録はサービス完結の日から5年間保存します。
- ③ 利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧および複写物の交付を請求することができます。
- ④ 提供した訪問看護に関し、利用者の健康手帳にある医療の記録に係るページに必要な事項を記載します。

1 4, 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、

利用者の人権の擁護・虐待等の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じる。

- ① 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知する。
- ② 虐待防止のための指針を整備する。
- ③ 従業者に対し、虐待防止のための研修を定期的に実施する。
- ④ 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。
- ⑤ 事業者はサービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護するもの）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するものとする。

窓口(責任者)	管理者 伊波弘輝 電話番号：0980-43-5466 平日 9:00～18 時まで
---------	---

15, 心身の状態の把握

指定介護予防訪問看護の提供にあたっては、居宅介護支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状態、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします

16, 居宅介護支援事業者等との連携

- ① サービスの提供にあたり、居宅介護支援事業者及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービスの提供の開始に際し、この重要事項説明に基づきさくせいする「訪問看護及び介護予防訪問看護計画」の写しを、利用者の同意を得たうえで居宅介護支援事業者に速やかに送付します。
- ④ サービスの内容が変更された場合又はサービス提供契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者に送付します。

17, 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合そのほか必要な場合は、速やかに主治医や訪問看護指示書の通りの連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

18, 事故発生時の対応方法について

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、市町村、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業所に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生し場合は、損害賠償を速やかに行います。なお、事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険社名	一般社団法人 全国訪問看護事業協会
保険名	訪問看護事業者賠償責任保険
保障の概要	支払限度額 1名・1事故 1億5千万

19, 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	○事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「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」を遵守し、適切な取り扱いに
------------------------	---

	努めるものとします。 ○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という）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の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。 また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了したのちにおいても継続します。 ○事業者は、従業者に、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、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報保護について	○事業者は、利用者から予め文書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。また、利用者の家族の個人情報についても同様に扱います。 ○事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙または電子記録等）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ○事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写が必要な場合は利用者負担となります。）
個人情報取り扱い責任者	訪問看護ステーショントワ 沖縄県名護市大中1丁目5番地1号 具志堅101号室 管理者 伊波弘輝 電話番号：0980-43-5466

20, 重要事項の変更について

この重要事項説明書に記載された内容に変更が生じた場合、利用者等にその内容を書面にて通知します。

契約を証するため、本書二書を作成し利用書、事業者が署名押印の上、一通ずつ保有するもの
とします。

重要事項の説明 及び個人情報 使用同意説明日	令和 年 月 日
------------------------------	---

事業者	所在地	沖縄県名護市字大中1丁目5番地1号 具志堅ビル101号室
	法人名	合同会社 towa
	代表者名	代表社員 古堅孝安 ®
	所在地	沖縄県名護市字大中1丁目5番地1号 具志堅ビル101号室
	事業所名	訪問看護ステーション トワ
	説明者氏名	管理者 伊波弘輝

本人	住所	
	氏名	(印)

ご家族 (続柄) 又は 代理人	住所	
	氏名	印

緊急発生時連絡先

【主治医】

医療機関名	主治医名
(住所)	
(TEL)	

【家族などの緊急連絡先】

※連絡先①	連絡先②
氏名_____	氏名_____
続柄_____	続柄_____
住所_____	住所_____
_____	_____
TEL_____	TEL_____

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う党必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先連絡します。 ※連絡先①が第一連絡先となります。