

訪問看護・介護予防訪問看護 重要事項説明書

サービスの提供開始にあたり、千葉県条例の規定に基づき、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者の概要

事業者の名称	合同会社M'sトライアングルカンパニー
主たる事務所の所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2
代表者（職名・氏名）	代表社員 白水 晃子
電話番号	04-7199-9481

2. 事業所の概要

事業所の名称	訪問看護ステーション ケアプライド
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護・居宅訪問型児童発達支援
事業所の所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2
電話番号 / FAX番号	04-7199-9482 / 04-7199-9484
指定年月日 / 事業所番号	平成29年4月1日指定 / 1262590115
管理者氏名	白水 晃子
虐待防止担当者	白水 晃子
通常の事業の実施地域	我孫子市

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 事業所の職員体制

管理者 1名
看護職員 常勤換算法2.5人以上

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月29日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時15分から午後5時30分まで ただし、電話等により24時間連絡可能な体制とします。

6. 提供するサービスの内容

訪問看護計画の作成	主治医の指示並びに居宅サービス計画（ケアプラン）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、支援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書を作成します。
訪問看護の提供内容	①病状、障害の観察 ②服薬管理 ③清拭・洗髪・入浴介助等清潔保持のための援助 ④排便コントロール ⑤褥瘡予防・処置 ⑥リハビリテーション ⑦SSTやABAを基にしたコミュニケーション援助 ⑧療養生活や介護方法の指導 ⑨カテーテル等の管理 ⑩その他医師の指示による医療処置 など

7. 利用料

介護保険、医療保険等の別にて費用が変わるため、別紙にてご案内させていただきます。

8. キャンセル料

職員が訪問した際にご連絡なくキャンセルとなった場合、全額自己負担にてキャンセル料をいただきます。キャンセルご希望の場合は、当日朝9：15までにご連絡いただければキャンセル料は発生いたしません。ただし、容態の急変などで急な受診を要するなど、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

9. 支払い方法

利用料（利用者負担分の金額）は、1ヶ月ごとにまとめて請求いたします。次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、支払いを確認ののち、次の訪問日にお渡しいたします。

支払い方法	支払い要件等
口座振替	請求書をお渡しした月の月末（祝休日の場合は直前の平日）までに、下記の口座まで振り込みをして下さい。なお、振込手数料はご利用者の負担とさせていただきます。 【 京葉銀行 湖北台支店 普通 8084801 合同会社 M'sトライアングルカンパニー 代表社員 白水 晃子 】
現金払い	請求書をお渡しした月の月末（休業日の場合は直前の営業日）までに現金でお支払いください。

10. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかにご家族、主治医、緊急機関、居宅介護支援事業所に連絡いたします。
ご家族様の緊急連絡先

氏名

続柄

連絡先

11. 身分証携行義務

職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者又は利用者の家族から提示を求められた時はいつでも身分証を提示します。

12. 苦情相談窓口

（1）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 04-7199-9482	FAX番号 04-7199-9484
	管理者 白水 晃子	
	面接場所 当事業所の相談室	

（2）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	我孫子市役所健康福祉部介護支援課	電話番号 04-7185-1111
	千葉県国民健康保険団体連合会 苦情処理委員会	電話番号 043-254-4728

13. 連携

①訪問看護サービスの提供にあたり、主治医、居宅介護支援事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの責任者と密接な連携に努めます。

②サービス提供の開始時に、「訪問看護計画書」の写しを主治医、居宅支援事業者に送付します。

③サービスの内容が変更された場合、また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の写しを主治医及び居宅介護支援事業所に送付します。

14. 利用者の解約権

①利用者は事業所に対していつでも1週間以上の予告期間をもって解約を通知することにより、本契約を解約することができます。

②利用者は事業所が事業所の責に帰すべき事由により本契約に違反した場合には、直ちに本契約を解約することができます。

③利用者が本契約を解除する場合においても、すでに提供を受けたサービス利用料を支払う義務があります。

15. 事業所の解約権

①事業所は利用者が正当な理由なく事業所に支払うべきサービス利用料金を3ヶ月分以上滞納した場合には、1ヶ月の期間を定めてその支払いを催告し、期間満了までに支払わない時は本契約を解約することができます。

②事業所は、利用者又はそのご家族から事業所やその職員の生命、身体、財産もしくは信用を傷つける等の法令違反またはその恐れのある行為がなされる等により、利用者またはそのご家族との協力関係を保てなくなった場合等、本契約を継続しがたい合理的な事情が認められる場合には、直ちに本契約を解除することができます。

③事業所が本契約を解除する場合においても、利用者はすでに提供を受けたサービス利用料を支払う必要があります。

16. 訪問看護の終了

以下のいずれかに該当する場合、訪問看護は終了するものとします。

①訪問看護の終了を希望する場合は、主治医の許可が必要になります。医師からの指示書の発行がなくなる場合、もしくは医師からの訪問終了の指示がある場合に訪問看護を終了することが出来ます。

②利用者が介護施設に入所する等により在宅でなくなった場合、利用者が亡くなられた場合は自動的に契約終

了となります。

④介護保険の場合、ケアマネジャーの作成する「居宅サービス計画」から訪問看護が外れる場合は、訪問看護終了となります。

17. 秘密保持

①業務上で知り得た利用者及び利用者のご家族に関する秘密及び個人情報を、利用者又は第三者の生命、身体等の危険防止のためなど正当な理由がある場合を除いて、契約期間中及び契約終了後、また職員については退職後も第三者に漏らすことはありません。

②あらかじめ文書により利用者及び利用者のご家族代表の同意を得た場合は、主治医、居宅介護支援事業者等との連絡調整その他必要な範囲で、同意したものの個人情報を利用できるものとします。

18. 虐待防止

事業所は、利用者の人権擁護、虐待防止のために虐待防止委員会を設置し、虐待防止のための指針の整備を行います。

①定期的な研修などを通じて職員の人権意識の向上や知識技術の向上に努めます。

②利用者、ご家族に対して適切な支援の実施に努めるとともに、虐待を受けている恐れがある場合は、直ちに防止策を講じ市及び関係各所に報告します。

③職員が支援にあたって悩みを相談できる体制を整えるなど、職員が権利擁護に取り組める環境整備に努めます。

19. 身体拘束の廃止

利用者に対しての身体拘束は行いません。やむを得ず身体拘束を行う場合には「身体拘束適正化委員会」の規定に則ります。

20. 利用にあたっての留意事項

①ケアに当たって使用する薬剤、衛生材料等についてはご利用者様にご用意をお願い致します。

②サービス開始時及び更新等の変更時、介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、医療保険証、公的受給者証等の確認をさせていただきます。

③利用者及びご家族との信頼関係のもとに安全安心な環境で質の高いサービスを提供できるよう、以下の行為については禁止させていただきます。

- ・職員に対する暴言・暴力、誹謗中傷、不当な要求等を行う迷惑行為
- ・あらゆるハラスメント行為

④職員は次の行為は行えません。

- ・金銭、貴重品等の管理
- ・金銭、物品、飲食の授受
- ・利用者の同居家族に対するサービス提供（ケアプランに記載のあるものを除く）
- ・利用者宅での飲酒、喫煙、飲食

⑤地震、降雪、台風、感染拡大等の天災により、訪問ができなくなる場合は、BCP（業務継続計画）に則り、訪問時間や日程の調整を依頼することがあります。

⑥大切なペットを守るため、また職員が安全にサービスを行うためにも、サービス利用時はペットをリードでつなぐ、ゲージに入れるなどサービスの提供に支障が出ないようご配慮願います。

令和 年 月 日
事業者は、利用者へのサービス提供にあたり、上記の通り重要事項を説明しました。
事業者 所在地 千葉県我孫子市湖北台8-13-2
事業者（法人）名 合同会社M'sトライアングルカンパニー
事業所名 訪問看護ステーション ケアプライド

説明者職・氏名

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、内容を確認し同意したうえでサービスの契約を締結します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

署名代行者（又は法定代理人）

住所 _____

本人との続柄 _____

氏名 _____ 印