介護予防訪問看護サービス重要事項説明書

当事業所はご利用者に対して訪問看護サービスを提供させていただくに際し、豊中市指定介護予防サービス等基準条例（平成 24 年豊中市条例第 73 号）に定める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に基づいて、契約を締結する前に、知っておいていただきたい当事業所の内容を説明させていただきます。

１．訪問看護を提供する事業者について

事　業　者　名　称	医療法人　協和会
主たる事務所の所在地	兵庫県川西市火打１丁目７番 13 号
代　　表　　者　　名	理事長　北川　透
電　　話　　番　　号	０７２－７５８－７２２３

２．ご利用者へ訪問看護サービス提供を担当する事業所について

（１）事業所の所在地など

事 業 所 の 名 称	医療法人 協和会　協和訪問看護ステーション
施 設 の 所 在 地	大阪府豊中市新千里東町１丁目４番３号　地下１階
開　　設　　年　　月	令和７年８月１日
介護保険事業所番号	２７６４０９１６０５
管 理 者 の 氏 名	畑中　恵子
サービス提供実施地域	豊中市　箕面市　吹田市
電　　話　　番　　号	０６－６８３４－１１１８
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	０６－７６５３－８６４９
サテライトの名称	サテライト　吹田センター
サテライトの所在地	大阪府吹田市岸部北１丁目 24 番２号
サービス提供実施地域	吹田市　豊中市　箕面市　摂津市　茨木市
電　　話　　番　　号	０６－６３３９－０６２４
Ｆ　Ａ　Ｘ　番　号	０６－６３３９－３４７４

（2）事業の目的、運営方針

事業の目的	介護予防サービスについては、「日常生活上の基本動作がほぼ自立し、状態の維持・改善可能性の高い」軽度者の状態に即した自立支援「目標指向型」のサービスを推進する観点から、要支援状態に有り、かかりつけの医師が指定介護予防訪問看護の必要を認めた高齢者に対し、適正な指定介護予防訪問看護を提供することを目的とする。
運営の方針	ステーションの看護師等は、要支援者の心身の特性を踏まえて、全体的な日常生活動作の維持、回復を図るとともに、生活の質の確保を重視した在宅療養が継続できるように支援する。事業の実施に当たっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

（3）ご利用事業所の職員体制

職	職　務　内　容	人員数
管　理　者	1　主治医の指示に基づき適切な介護予防訪問看護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。	常　勤　1名
看護職員等のうち主として計画作成等に従事する者	1　介護予防訪問看護の提供の開始に際し、主治医から文書による指示を受けるとともに、主治医に対して訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、主治医との密接な連携を図ります。 2　主治医の指示に基づく訪問看護計画の作成を行うとともに、ご利用者等への説明を行い、同意を得ます。 3　ご利用者へ訪問看護計画を交付します。 4　介護予防訪問看護の実施状況の把握及び訪問看護計画の変更を行います。 5　ご利用者又はそのご家族に対し、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。 6　常にご利用者の病状、心身の状況及びその置かれている環境の的確な把握に努め、ご利用者又はそのご家族に対し、適切な指導を行います。 7　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。	常　勤 17名
看　護　師	1　訪問看護計画に基づき、介護予防訪問看護のサービスを提供します。 2　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。 3　理学療法士、作業療法士は、看護業務の一環としてのリハビリテーションを中心として看護師の代わりに訪問します。	常　勤 17名 非常勤　4名
理学療法士		常　勤　2名 非常勤　2名
作業療法士		常　勤　0名 非常勤　3名
事務職員	1　介護給付費等の請求事務及び通信連絡事務等を行います。	常　勤　2名

※看護職員等とは、看護師、理学療法士、作業療法士の専門職員をいう

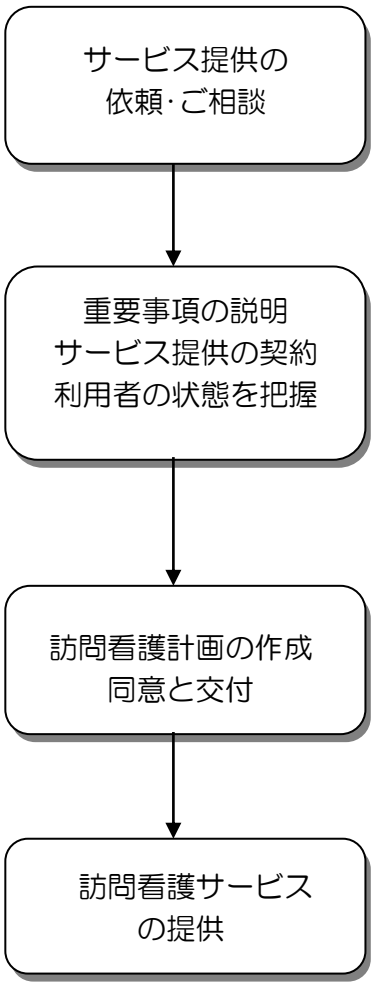
（4）サービス提供日時

サービス提供日時	月曜日から土曜日　午前８時３０分から午後５時
休　　業　　日	日・祝祭日・12 月 30 日から１月３日

※緊急時訪問看護加算ご利用者に対して 24 時間体制にて電話でのご相談及び緊急時訪問を行います。

３．サービスの利用方法

（1）サービスの開始までの流れ（契約書第３条）



☆ご来訪、お電話いずれかでお申し込みください。
但し、居宅介護支援事業者と契約されている場合には担当ケアマネジャーにご相談ください。

☆ご利用にかかわる重要事項の説明をし、ご了承いただいた後に契約させていただきます。
ご利用者、ご家族と面接し、居宅サービス計画及び医師の指示書のもとご利用者の状態把握、ご希望をお聞きします。

☆居宅サービス計画のもと、担当サービス提供責任者が訪問看護計画を作成し、ご利用者の同意を得て、交付します。

☆訪問看護計画に沿ってサービスの提供をいたします。

（2）サービスの終了（契約書第 21 条）

ご利用者は、事業所に対して、７日以上の予告期間をもって通知することにより、予告期間満了日をもって契約は解除されます。

但し、ご利用者の急変、急な入院などやむを得ない事由がある場合は、契約終了希望日の１週間以内の通知でもこの契約を解除することが出来ます。

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
介護予防訪問看護計画の作成	主治の医師の指示並びに利用者に係る居宅支援事業所が作成した介護予防サービス計画（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、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた介護予防訪問看護計画を作成します。
介護予防訪問看護の提供	訪問看護計画に基づき、介護予防訪問看護を提供します。 具体的な介護予防訪問看護の内容 ① 健康状態の観察 ② 床ずれ防止や処置 ③ 身体の清潔や洗髪　入浴介助　食事（栄養）指導・管理 　内服薬の管理　排泄の介助・管理　疼痛コントロール ④ カテーテルなど医療器具の管理 ⑤ リハビリテーションなど心身の機能の維持回復 ⑥ 医療、看護の知識の提供 ⑦ 生活および介護方法に関する支援、相談

5. 利用料金

（1）利用料（契約書第９条）

介護保険からの介護予防訪問看護サービスを利用する場合は、原則として基本料金の法令で定める割合が自己負担額になります。（負担割合は負担割合証でご確認下さい。）
但し、介護保険の給付範囲を超えたサービスの利用については、全額自己負担となります。

料金表　※（　　）内の金額は 1 割負担の場合の自己負担額になります。
（1 回につきの料金）

所要時間	基本料金	夜間・早朝料金	深夜料金
20 分未満	3,284 円 （329 円）	4,108 円 （411 円）	4,932 円 （494 円）
30 分未満	4,888 円 （489 円）	6,113 円 （612 円）	7,338 円 （734 円）
30 分以上 1 時間未満	8,606 円 （861 円）	10,764 円 （1,077 円）	12,910 円 （1,291 円）
1 時間以上 1 時間 30 分未満	11,815 円 （1,182 円）	14,774 円 （1,478 円）	17,723 円 （1,773 円）

理学療法士、作業療法士、言語聴覚士の場合

所要時間	基本料金	
１日２回　40 分 （２０分/回×２回）	6,157 円 （616 円）	
１日３回　60 分 （２０分/回×３回）	4,617 円 （462 円）	

※算定要件

・１日２回を超えて行う場合、１回につき所定単位数に 50/100 を乗じた単位数で算定。
・１週間に６回を限度として算定。
・通所リハビリテーションのみでは家屋内における ADL の自立が困難である場合に算定。

※減算について

①以下のいずれかに該当する場合、１回につき８単位を減算
・事業所全体での前年度の理学療法士等の訪問回数が看護職員の訪問回数を超えている場合
・事業所が緊急時訪問看護加算、特別管理加算及び看護体制強化加算のいずれも算定していない
②利用開始日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に、サービス提供を行った場合に１回につき５単位を減算（ただし、①の減算を算定している場合は１回につき 15 単位減算）

※高齢者虐待防止措置が未実施の場合は、所定単位数の 1/100 に相当する単位数を減算

その他のサービスの加算料金

	項　　目	基本料金	内　　容
区分支給限度基準額の算定対象外	緊急時訪問看護加算（Ⅰ） （1 月につき）	6,504 円 （651 円）	①ご利用者の同意を得て 24 時間体制で計画的な訪問以外に必要時、電話相談、緊急訪問を行うこと ②緊急時訪問における看護業務の負担軽減の為に十分な業務管理等の体制の整備が行われていること ※（Ⅰ）：①・②を満たす場合（Ⅱ）：①のみを満たす場合 １回／月算定（1 月以内の２回目以降の緊急時訪問については、早朝・夜間、深夜の訪問看護に係る加算を算定）
	緊急時訪問看護加算（Ⅱ） （1 月につき）	6,222 円 （623 円）	
	特別管理加算（Ⅰ） （1 月につき）	5,420 円 （542 円）	①在宅悪性腫瘍患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態　②気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態
	特別管理加算（Ⅱ） （1 月につき）	2,710 円 （271 円）	①在宅自己腹膜灌流・在宅血液透析・在宅酸素療法・在宅中心静脈栄養法・在宅成分栄養経管栄養法・在宅自己導尿・在宅持続陽圧呼吸療法・在宅自己疼痛管理・在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態　②人工肛門又は人工膀胱を設置している状態　③真皮を超える褥瘡の状態　④点滴注射を週３日以上行う必要があると認められる状態
	サービス提供体制強化加算(Ⅰ)（1 回につき）	65 円 （7 円）	研修等を実施しており、下記の通り職員配置がなされていることに対し、サービス提供の度に算定 （Ⅰ）勤続７年以上の者が 30%以上 （Ⅱ）勤続３年以上の者が 30%以上
	サービス提供体制強化加算(Ⅱ)（1 回につき）	32 円 （4 円）	

専門管理加算	2,710 円 （271 円）	①緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人口膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が下記の利用者に対し、計画的な管理を行った場合 ・悪性腫瘍の鎮痛療法又は化学療法を行っている利用者 ・真皮を超える褥瘡の状態にある利用者 ・人工肛門又は人工膀胱を造設し、管理が困難な利用者 ②特定行為研修を修了した看護師が、診療報酬における手順書加算を算定する利用者に対し計画的な管理を行った場合 ※①又は②に該当する場合　１回／月算定
初回加算 （Ⅰ）	3,794 円 （380 円）	過去２ヶ月間において、当該訪問看護事業所から訪問看護の提供を受けていない場合であって、医療機関又は介護保険施設から退院又は退所した日に新規に訪問看護計画を作成し、初回の介護予防訪問看護を行った場合
初回加算 （Ⅱ）	3,252 円 （326 円）	過去２ヶ月間において、当該訪問看護事業所から訪問看護の提供を受けていない場合であって、医療機関又は介護保険施設から退院又は退所した日の翌日以降に新規に訪問看護計画を作成し、初回の介護予防訪問看護を行った場合
退院時共同指導加算 （退院につき１回）	6,504 円 （651 円）	入院・入所中に訪問看護ステーションの看護師等が医療機関・介護老人保健施設等と共同し、在宅での療養上必要な指導の後に退院後、初回の訪問看護の提供時算定(特別管理加算対象で複数日指導の場合は２回まで算定可)
看護体制強化加算 （1 月につき）	1,084 円 （109 円）	中重度の要介護者の療養生活に伴う医療ニーズへの対応を強化する観点から、充実したサービス提供体制の事業所を評価する ・看護職員の内、訪問看護師の割合が６割以上であること ・算定月の前 6 月間において、利用者総数の内、緊急時訪問看護加算の算定者の割合が 50%以上、及び特別管理加算の算定者の割合が 20%以上であること
口腔連携強化加算	542 円 （55 円）	利用者の同意を得て、口腔の健康状態の評価を行い、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、評価の結果を情報提供した場合（評価を行うにあたり歯科医療機関との相談体制が確保されている旨文書等で取り決められていること）
複数名訪問看護加算（Ⅰ） （30 分未満）	2,753 円 （276 円）	２人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合
複数名訪問看護加算（Ⅰ） （30 分以上）	4,357 円 （436 円）	
複数名訪問看護加算（Ⅱ） （30 分未満）	2,178 円 （218 円）	看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合
複数名訪問看護加算（Ⅱ） （30 分以上）	3,436 円 （344 円）	

長時間訪問看護加算	3,252 円 （326 円）	特別管理加算のご利用者に対し、所要時間が 1 時間以上 1 時間 30 分未満の訪問看護を行った後、引き続き訪問看護を行った場合

① 基本料金に対してサービス提供開始時間が、早朝（午前 6 時～午前 8 時）・夜間（午後 6 時～午後 10 時）帯の時は 25%増し、深夜（午後 10 時～午前 6 時）帯は 50%増しとなります。
② 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、ご利用者のケアプラン（居宅サービス計画及び訪問看護計画）に位置付けられた計画時間数によるものとします。なお、計画時間数とサービス提供時間数が大幅に異なる場合は、ご利用者（家族）の同意を得て、居宅サービス計画の変更の援助を行うとともに訪問看護計画の見直しを行います。
③ 吹田市・豊中市の地域単価は基本単価 10 円に対し介護予防訪問看護は 10.84 円です。
④ ご利用者に保険料などの滞納がある場合は、介護保険適用であっても一旦利用料は全額自己負担となります。お支払い頂いた場合、当事業所は「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に居宅サービス費の支給（利用者負担額を除く）申請を行ってください。

（2）サービス内容の見積もりについて

このサービス内容の見積もりは、あなたの居宅サービス計画に沿って、事前にお伺いした日常生活の状況や利用の意向に基づき作成したものです。

① 介護予防訪問看護計画を作成する者

氏名　　畑中　恵子　　（連絡先：　　）

② 提供予定の指定介護予防訪問看護の内容と利用料、利用者負担額
（介護保険を適用する場合）

曜日	訪問時間帯	サービス内容	介護保険適用の有無	利用料	利用者負担額
月	：　～　：			円	円
火	：　～　：			円	円
水	：　～　：			円	円
木	：　～　：			円	円
金	：　～　：			円	円
土	：　～　：			円	円
1 週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額				円	円

（3）キャンセル料（契約書第 10 条）

ご利用者の都合により、サービスの利用をキャンセルする場合は、サービス実施日の前日（その日が日曜日、祝日、12 月 30 日～1 月 3 日にあたる日はその前日）の午後 5 時までに事業所にお申し出ください。当日になって利用の中止の申し出をされた場合又は申し出なく不在の場合はキャンセル料を請求させていただきます。

前日午後5時までに申し出があった場合	無料
前日午後5時までに申し出がなかった場合 当日の申し出、又は申し出なく不在の場合	キャンセル料 3,000 円／回

※但し、以下の場合についてはキャンセル料を頂きません。

・急変による受診（入院・通院）
・火事や自然災害による家屋損失
・本人及び同居家族の死亡

（4）料金の請求及びお支払方法（契約書第 9 条）

利用料・その他費用の請求方法	・毎月 15 日前後の訪問日に当事業所の訪問看護師等が前月分の請求書を持参いたします。
お支払い方法	・郵便局又は銀行による「自動引落し」とさせて頂いておりますので、手続きをお願い致します。 ＜郵便局引落しの場合＞ ・毎月 27 日に引落しさせて頂きます。 ・27 日に引落しが出来ない場合は、翌月の 6 日に再引落しさせて頂きます。 ＜銀行引落しの場合＞ ・毎月 28 日に引落しさせて頂きます。
	・現金にてお支払いを希望される場合は、集金袋を用意いたしますので、おつりがない様ご準備の上、請求月末日までにお支払い下さい。
領収書の発行・保管	・「自動引落し」の領収書は翌月の 10 日以降に発行致します。 ・「自動引落し」領収日は引落し完了日となります。
	・お支払いを確認しましたら、領収書をお渡しします。再発行は致しかねますので、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となることがあります。）

※利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用のお支払いについて、正当な理由が無いにもかかわらず、支払期日から 2 月以上遅延し、さらに支払い督促から 14 日以内にお支払いが無い場合には、サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第 10 条）

① 利用予定日の前に、ご利用者の都合により、介護予防訪問看護サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者にお申し出ください。

② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、訪問看護師の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者に提示して協議します。

6. 要支援認定等を受けておられない方の利用料（契約書第９条）

（１）サービス利用料の全額を一旦お支払いいただきます。事業所は「サービス提供証明書」を発行します。要支援認定などの結果が出た後、自己負担額を除く金額が、介護保険からご利用者に払い戻されます。（償還払い）
但し、「暫定介護予防サービス計画」が作成されている場合は、自己負担分のみお支払いいただきます。

（２）要介護、要支援の認定を受けても、「暫定介護予防サービス計画」が作成されてない場合サービス利用料の全額を一旦お支払いいただき、償還払いとなります。

（３）認定結果が「自立」の場合は、「暫定介護予防サービス計画」の作成有無にかかわらず、全額自己負担となります。

7. サービスの利用に関する留意事項

（１）サービス提供を行う訪問看護師
サービス契約時に、担当の訪問看護師を決定します。
但し、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問看護師が交替してサービスを提供します。

（２）訪問看護師の交替（契約書第７条）

① ご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、事業者に対して訪問看護師の交替を申し出ることができます。但し、ご利用者から特定の訪問看護師の指名はできません。

② 事業者からの訪問看護師の交替
事業者の都合により、訪問看護師を交替することがあります。
訪問看護師を交替する場合はご利用者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

（３）サービス実施時の留意事項（契約書第８条）

① 定められた業務以外の禁止
ご利用者は訪問看護計画に定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできません。

② 介護予防訪問看護サービスの実施に関する指示・命令
サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、事業者はサービスの実施にあたってご利用者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③ 写真及び動画による記録
ご利用者の身体の状態をより詳細に情報共有させていただく為、了承を得た上で写真や動画を撮影させていただく事があります。

④ 備品等の使用
サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。訪問看護師が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

（4）サービス内容の変更（契約書第１１条）
サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（5）訪問看護師の禁止行為（契約書第１６条）
訪問看護師は、ご利用者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

① ご利用者もしくはそのご家族等からの金銭または物品の授受
② ご利用者のご家族等に対するサービスの提供
③ 飲酒及び喫煙
④ ご利用者もしくはそのご家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
⑤ その他ご利用者もしくはそのご家族等に行う迷惑行為

8. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	１　有	実　施　日	
		評価機関名称	
		結果の開示	有　・　無
	②　無		

9. 虐待の防止（契約書第２６条）
事業者は、ご利用者等の人権の擁護・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。

① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者　　畑中　恵子

② 成年後見制度の利用を支援します。
③ 苦情解決体制を整備しています。
④ 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。
⑤ 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者）による虐待を受けたと思われるご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。

10. 緊急時の対応（契約書第１３条）

サービスの提供中にご利用者の容態の変化等があった場合は、ご利用者の主治医、または事業所の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。

また、緊急連絡先（救急隊、ご家族、介護支援専門員等）に連絡するとともに、管理者に報告します。主治医への連絡が困難な場合は、緊急搬送等の必要な措置を講じます。

協力医療機関	名　　称	医療法人 協和会　千里中央病院
	所　在　地	大阪府豊中市新千里東町１丁目４番３号
	電話番号	０６－６８３４－１１００
	診　療　科	内科・神経内科・外科・整形外科・脳神経外科 リハビリテーション科・緩和ケア内科
	入院設備	有
協力医療機関	名　　称	医療法人 協和会　協和会病院
	所　在　地	大阪府吹田市岸部北１丁目２４番１号
	電話番号	０６－６３３９－３４５５
	診　療　科	内科・脳外科・整形外科・リウマチ科・呼吸器内科 消化器内科・泌尿器科・神経内科・循環器内科 外科・皮膚科・麻酔科・放射線科・漢方内科 リハビリテーション科・糖尿病内科 腎臓内科（人工透析）
	入院設備	有

11. 事故発生時の対応（契約書第１７条・１８条）

（１）サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市区町村、ご家族、居宅介護支援事業者等に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所の介護予防訪問看護サービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	訪問看護事業者　総合補償制度
保障の概要	対人・人格権侵害・対物・管理受託物

（２）飼育する動物に噛まれた（咬傷）場合の損害賠償請求

ご利用者が飼育する動物によって被害を受けたサービス従事者は、その飼い主に対して損害賠償請求（第3者行為にて請求）をいたします。サービス従事者による過失事故についてはこの限りではありません。

12. 守秘義務と個人情報の保護（契約書第１５条）

ご利用者及びそのご家族に関する守秘義務	① 事業者は、ご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」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 事業者、サービス従事者又は従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族等に関する事項を第三者に漏らしません。この守秘義務は、本契約の終了した後も継続します。
個人情報の保護及び情報開示	① 事業者は、ご利用者に医療上、緊急の必要がある場合またはサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者及びご家族の個人情報を用いることができるものとします。 ② 事業者は、ご利用者及びご家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）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。 ③ 事業者が管理する情報については、ご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。（開示に際して複写料などが必要な場合はご利用者の負担となります。）

13. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）（契約書第２０条）

以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

①ご利用者が死亡した場合
②要介護認定又は要支援認定により、ご利用者の心身の状況が要介護又は非該当（自立）と認定された場合
③事業者が解散した場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
④事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
⑤ご利用者から解約または契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい。）
⑥事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい。）

14. ご利用者からの解約・契約解除について（契約書第 21 条・22 条）

契約の有効期間であっても、ご利用者から利用契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日の７日前までにお申し出ください。
但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

①介護保険給付対象サービス及び介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
②ご利用者が入院した場合
③ご利用者に係るサービス計画（ケアプラン）が変更された場合
④事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
⑤事業者もしくはサービス従事者が、契約書第 15 条に定める守秘義務に違反した場合
⑥事業者もしくはサービス従事者が故意または過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

15. 事業者からの契約解除について　（契約書第 23 条）

事業者は以下の事項に該当する場合には、本契約を解除することができます。

①ご利用者及びご利用者家族等が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
②ご利用者及びご利用者家族等から、職員への著しい迷惑行為や違法行為により、職員の心身に危害が生じ、または生ずるおそれのある場合であって、その危害の発生または再発を防止することが著しく困難である等により、利用者に対してサービス提供をすることが困難になった場合

（著しい迷惑行為・違法行為の一例）　＊違法行為については原則警察に通報をいたします。

身体的な攻撃(未遂を含む)
- 殴る、蹴る、たたく、つねる、ひっかく、押し倒す、唾を吐く、ものを投げつける
- 刃物等鋭利なものを向ける

精神的な攻撃
- 命を脅かす発言や行動、威圧的な態度を用いた脅し
- 怒鳴る、大声を発する、威圧的な態度で文句を言う、暴言を吐く
- 職員を侮辱、誹謗中傷をする
- 継続的、執拗な言動
- 特定の職員に嫌がらせをする
- 刺青を見せる

セクシャルハラスメント
- 性的な発言やジェスチャー、不適切な身体接触、不必要に距離が近い
- 下半身やヌード画像を見せる

ストーカー行為
- 職員の後をつける、監視する、つきまとう、しつこく連絡を取る等の行為
- 自宅の住所や電話番号を聞く

悪質なクレーム
- 長時間の電話や対応
- 土下座を要求する
- インターネットにいわれのない、誹謗中傷の事業所評価を掲載する

サービス従事者のプライバシー侵害
- 許可なく職員の写真や動画撮影をする
- 許可なくインターネット上に職員の氏名や写真、動画等を投稿する

不法侵入
- 許可なく他人の敷地や建物に侵入する

薬物使用
- 違法薬物の使用や所持を含む行為　など

16. サービスに関する相談・要望・苦情申立（契約書第 25 条）

当事業所が提供した介護予防訪問看護サービスに関する相談・苦情は、事業所のご利用者相談窓口までご連絡下さい。速やかに対応いたします。また、市区町村や国民健康保険団体連合会等にも相談窓口があります。

（1）苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

医療法人 協和会 協和訪問看護ステーション	担当者　畑中　恵子 （月曜日～金曜日）　午前８：３０～午後５：００ ＴＥＬ　０６－６８３４－１１１８ ＦＡＸ　０６－７６５３－８６４９

（2）行政機関その他苦情受付機関

豊中市福祉部 長寿社会政策課	（月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：１５ ＴＥＬ　０６－６８５８－２８３８ ＦＡＸ　０６－６８５８－３１４６ 所在地　豊中市中桜塚３丁目１番１号
豊中市 「話して安心、困りごと相談」	（月曜日～金曜日）　午前９：００～１２：００ 午後１：００～　５：１５ ＴＥＬ　０６－６８５８－２８１５ ＦＡＸ　０６－６８５４－４３４４ 所在地　豊中市中桜塚３丁目１番１号
中央地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：１５ ＴＥＬ　０６－６８４１－９３８４ ＦＡＸ　０６－６８５８－３０５４ 所在地　豊中市中桜塚2丁目２８番８号
中央地域包括支援センター 熊野田分室	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：１５ ＴＥＬ　０６－４８６５－５１６０ ＦＡＸ　０６－４８６５－５１７０ 所在地　豊中市中桜塚 5-6-1

柴原地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８５０－３４５１ ＦＡＸ　０６－６８４０－５３１０ 所在地　豊中市刀根山元町 5-60 介護老人保健施設 かがやき内
柴原地域包括支援センター 蛍池分室	（月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８３６－９７６４ ＦＡＸ　０６－６８３６－９７６６ 所在地　豊中市蛍池中町 3-9-22
少路地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後６：００ ＴＥＬ　０６－６８５４－７８７８ ＦＡＸ　０６－６８５４－７８８４ 所在地　豊中市上野坂２-２１-１ SOCIA DⅡ １階
少路地域包括支援センター 北緑丘分室	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後６：００ ＴＥＬ　０６－６８５４－７８０８ ＦＡＸ　０６－６８５４－７８８３ 所在地　豊中市北緑丘２-１-２２-１０２ UR 北緑丘ショッピングセンター内
千里地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６１５５－１０３０ ＦＡＸ　０６－６８３５－７３７５ 所在地　豊中市新千里北町 1-18-２ 特別養護老人ホーム アリス千里内
千里地域包括支援センター 南丘分室	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８３３－５５６５ ＦＡＸ　０６－６８３３－５５７５ 所在地　豊中市新千里南町 2-7-8
緑地地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前８：３０～午後５：００ ＴＥＬ　０６－６８６７－０５７７ ＦＡＸ　０６－６８６７－０５８８ 所在地　豊中市寺内 1-1-10 ローズコミュティ緑地内

緑地地域包括支援センター 高川分室	（月曜日～金曜日）　午前８：３０～午後５：００ ＴＥＬ　０６－７６５０－８５１３ ＦＡＸ　０６－７６５９－４４３６ 所在地　豊中市豊南町東 1-1-2 高川介護予防センター内
服部地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：００ ＴＥＬ　０６－６８６５－１２７８ ＦＡＸ　０６－６８６５－１２７９ 所在地　豊中市服部本町 5-2-8 服部介護予防センター内
服部地域包括支援センター 原田分室	（月曜日～金曜日）　午前８：４５～午後５：００ ＴＥＬ　０６－６８４９－２２７８ ＦＡＸ　０６－６８４９－２２７９ 所在地　豊中市原田元町 3-13-1 原田介護予防センター内
庄内地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３３５－０７８７ ＦＡＸ　０６－６３３５－０７８９ 所在地　豊中市二葉町 2-4-5 特別養護老人ホーム 淳風とよなか内
庄内地域包括支援センター 幸町分室	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３３６－０２２２ ＦＡＸ　０６－６３３５－０２３４ 所在地　豊中市庄内幸町 3-3-26
吹田市福祉部 高齢福祉室 介護保険グループ	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３８４－１３４１ ＦＡＸ　０６－６３６８－７３４８ 所在地　吹田市泉町１丁目３番 40 号
吹田市南吹田 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６１５５－５１１４ ＦＡＸ　０６－６１５５－５６６３ 所在地　吹田市穂波町 21-23-103

吹田市豊津・江坂 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３１０－９７０５ ＦＡＸ　０６－６３６８－６００５ 所在地　吹田市江坂町４丁目20-1 特別養護老人ホーム　エバーグリーン内
吹田市片山 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３１０－７１１２ ＦＡＸ　０６－６３１０－７１１５ 所在地　吹田市山手町 1-1-1 吹田特別養護老人ホーム 高寿園内
吹田市岸部 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３１０－８６２６ ＦＡＸ　０６－６３１０－８６２７ 所在地　吹田市岸部北１-２４-２ 介護老人保健施設 ウエルハウス協和内
吹田市千里山東・佐井寺 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３８６－５４５５ ＦＡＸ　０６－６３８６－５４７７ 所在地　吹田市千里山高塚 2-11
吹田市千里山西 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３１０－８０６０ ＦＡＸ　０６－６３１０－８５６１ 所在地　吹田市千里山西１-４１-１５ コート千里山西Ⅲ
吹田市吹一・吹六 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６３１７－５４６１ ＦＡＸ　０６－６３１７－５４６９ 所在地　吹田市内本町２丁目 2-12 内本町コミュニティセンター内

吹田市吹三・東 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－４８６０－８３３８ ＦＡＸ　０６－４８６０－８２３３ 所在地　吹田市幸町 22-5 特別養護老人ホーム　ハピネスさんあい内
吹田市山田 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６１５５－５０８９ ＦＡＸ　０６－６１５５－５５２７ 所在地　吹田市山田東 2-31-5 グループホームたんぽぽ内
吹田市亥の子谷 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－４８６４－８５５１ ＦＡＸ　０６－６１７０－３９３９ 所在地　吹田市山田西 1-26-20 亥の子谷コミュニティセンター内
吹田市千里丘 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８７６－５０２１ ＦＡＸ　０６－６８７６－６１２１ 所在地　吹田市長野東 12-32 ケア 21 千里丘内
吹田市桃山台・竹見台 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８７３－８８７０ ＦＡＸ　０６－６８７３－８８７１ 所在地　吹田市津雲台 1-2-1 千里ニュータウンプラザ５階
吹田市佐竹台・高野台 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８７１－２２０３ ＦＡＸ　０６－６８７１－２３８０ 所在地　吹田市佐竹台 2-3-1 吹田特別養護老人ホーム 青藍荘内

吹田市古江台・青山台 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－６８７２－０５０７ ＦＡＸ　０６－６８７２－０５０３ 所在地　吹田市古江台 3-9-3 ケアハウスシャロン千里内
吹田市津雲台・藤白台 地域包括支援センター	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：３０ ＴＥＬ　０６－７６５４－５３５０ ＦＡＸ　０６－７６５４－５２６７ 所在地　吹田市津雲台 4-7-2 介護老人保健施設 つくも内

（３）公的団体の窓口

大阪府国民健康保険 団体連合会	（月曜日～金曜日）　午前９：００～午後５：00 ＴＥＬ　０６－６９４９－５４１８ 所在地　大阪市中央区常盤町１丁目３番８号 中央大通 FN ビル内
大阪府社会福祉協議会 運営適正委員会 （福祉サービス苦情解決委員会）	（月曜日～金曜日）　午前 10：００～午後４：00 ＴＥＬ　０６－６１９１－３１３０ ＦＡＸ　０６－６１９１－５６６０ 所在地　大阪市中央区中寺１丁目１番 54 号

令和　　年　　月　　日

指定介護予防訪問看護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者　所在地　大阪府豊中市新千里東町１丁目４番３号
地下１階
医療法人　協和会
事業所　協和訪問看護ステーション

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

利用者　住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記代理人（代理人を選定した場合）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名（署名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄：　　）