

# 重要事項説明書

## blanc magnolia(ブランマグノリア)訪問看護ステーション豊橋

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社サクラバイオラボ
主たる事務所の所在地	〒東京都目黒区中目黒三丁目 12 番 5 号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 森田敦子
設立年月日	平成 26 年 3 月 20 日

### 2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	blanc magnolia 訪問看護ステーション豊橋	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒愛知県豊橋市浜道町字桜 35 番地 17	
電話番号	0532-21-9848	
指定年月日・事業所番号	2024 年 12 月 1 日指定	2362090678
管理者の氏名	比嘉 歩	
通常の実業の実施地域	豊橋市全域	

### 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. 提供するサービスの内容

訪問看護又は介護予防訪問看護は、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(以下「訪問看護職員」といいます。)が、そのお宅を訪問して療養上の世話や必要な診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

主治医が交付した訪問看護指示書により、看護計画を作成し訪問看護を開始

します。

病状・症状の観察  
褥瘡の予防・処置  
清拭・先発による清潔の保持  
食事・排泄に関する世話  
リハビリテーション  
ターミナルケア  
カテーテル等の交換・管理  
療養生活や介護方法の指導  
医師の指示による医療処置

#### 5. 営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前9時から午後17時まで

#### 6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 人 非常勤 人

#### 7. サービス提供の責任者

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管 理 者 比嘉 歩 (ひが あゆみ)
----------	---------------------

#### 8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」「加算」は別紙のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。（介護保険、医療保険別の利用料金表をご参照ください。）

##### （1） キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
前々日の営業時間内までの連絡	無料
利用予定日の前日	3,000 円
利用予定日の当日	5,000 円
連絡なし	予約内容の全額

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料不要です。

## (2) 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月初めに請求書をお持ちしますので、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、利用者負担金の支払いを受けた後、7日以内に差上げます。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の10日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する下記の口座より引き落とします。 銀行 支店 普通口座
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の10日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 銀行 支店 普通口座
現金払い	サービスを利用した月の翌月の10日（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。

## 9. 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、速やかに下記の主治医へ連絡を行い指示を求める等、必要な措置を講じます。

利用者の主治医	医療機関の名称 氏名 所在地 電話番号	
緊急連絡先 (家族等)	氏名（利用者との続柄） 電話番号	

## 10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 1 1. 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 0532-21-9848 面接場所 当事業所の相談室 担当者（管理者）比嘉 歩
---------	---

- (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	愛知県国民健康保険団体連合会	介護保険苦情・相談窓口 電話番号 052-971-4165
	東三河広域連合介護保険課	苦情・相談窓口 電話番号 0532-26-8470

苦情があった場合は、直に責任者が相手に連絡を取り、直接行くなどして詳しい状況を把握し、担当者からも事情を確認し、必要な場合検討会議を行います。検討の結果を翌日までにお知らせし、記録を残して保管し再発を防ぎます。職員へ朝礼・カンファレンス等で共有し、教育します。

## 1 2. 虐待防止について

- (1) 管理者は、苦情処理の体制を整備し、職員に対し高齢者虐待、身体拘束禁止に関する研修の実施、虐待防止委員会の設置、また措置を講じます。
- (2) 高齢者虐待の兆候を早期に発見するよう努めるとともに、兆候が表れた利用者については、速やかに地域包括支援センター又は豊橋市役所長寿介護課に報告します。サービス担当者会議を開催し、その状況について分析し虐待の有無を検証します。
- (3) 虐待の早期発見に努め、その利用者の生命または身体に重大な危険が生じているときは、速やかに、これを地域包括支援センター又は豊橋市役所長寿介護課に通報します。

## 1 3. 個人情報の保護

事業所は、ご利用者様の個人情報について「個人情報の保護に対する法律」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り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適説な取り扱いに努めます。事業所が知り得た個人情報については、事業所サービス提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、外部への情報提供については必要に応じて利用者またはその代理人の了承を得るものとします。

## 1 4. カスタマーハラスメントへの対応

事業所の職員に対する暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷、セクシャルハラスメント行為が発生した場合、関係者間で協議した結果、解決困難で適切な信頼

関係を築くことが出来ないと判断した場合は、行政及び居宅介護支援事業所に相談の上、サービスの中止や契約を解除する場合があります。

#### 1 5. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんのであらかじめご了解ください。
  - 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
- (2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。
- (4) 予定の訪問時間が交通事情等により 15 分程度前後する場合がありますのでご承知おきください。
- (5) 事業所の都合により、訪問日・時間について変更させて頂く場合がございます。その際は事前に調整させていただきます。
- (6) ご利用者様のご都合により訪問日・時間について変更の希望がございましたら事前にご相談ください。できるだけご希望に添える様、調整させていただきます。
- (7) 介護支援専門員から訪問看護指示書（病名・症状等を主治医が記載した書類）の写しを求められた際、提出する場合がございます。
- (8) 不明な点がございましたらご遠慮なく訪問看護師又は事業所までお問い合わせください。

年 月 日

利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

所在地 愛知県豊橋市浜道町字桜 35 番地 17

事業所名 black magnolia 訪問看護ステーション豊橋

説明者職・氏名 ( )

私は、上記の重要事項について説明を受け、同意しました。  
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

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

立会人 住所  
氏名 印