

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 Bloom
主たる事務所の所在地	〒815-0031 福岡市南区清水 3 丁目 20-10-302
代表者（職名・氏名）	代表取締役 谷口恒太
設立年月日	2023 年 12 月 6 日
電話番号	092-555-4065

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	Bloom 訪問看護ステーション	
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	〒815-0031 福岡市南区清水 3 丁目 20-10-302	
電話番号	092-555-4065	
指定年月日・事業所番号	2024 年 4 月 1 日指定	4061290930
管理者の氏名	谷口恒太	
通常の事業の実施地域	福岡市 春日市 那珂川市 大野城市	

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. 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、病状が安定期にある利用者について、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。

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）及びお盆（8月14日から8月15日）を除きます。
営業時間	9時から18時まで
サービス提供日時	月曜日から金曜日まで 土日祝日に関しては利用者様と相談の上、決定する

6. 事業所の職員勤務体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師等	2.5人以上

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

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 谷口恒太
----------	-----------------

8. 苦情相談窓口、苦情を処理するために講ずる措置の概要

利用者又は利用者の家族は、提供されたサービスに苦情がある場合は、「利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要」に記載された事業者の相談窓口及び関係機関に対して、いつでも苦情を申し立てることができます。

・事業者は、提供したサービスについて、利用者又は利用者の家族から苦情の申し出があった場合は、迅速かつ適切に対処し、サービスの向上及び改善に努めます。

・事業者は、利用者が苦情申立を行った場合、これを理由としていかなる不利益な扱いもいたしません。

9. 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。

10. 秘密保持

事業者及び事業者の従業者は、サービスの提供にあたって知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報について、正当な理由がない限り、契約中及び契約終了後においても、第三者には漏らしません。

・事業者は、事業者の従業者が退職後、在職中に知り得た利用者又は利用者の家族の秘密及び個人情報を漏らすことがないよう必要な処置を講じます。

・事業者は、利用者及び利用者の家族の個人情報について、利用者の居宅サービス計画又は介護予防サービス計画立案のためのサービス担当者会議並びに介護支援専門員又は地域包括支援センター及び居宅サービス事業者又は介護予防サービス事業者との連絡調整において必要な場合に限り、必要最小限の範囲内で使用します。

・事業者は、高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律（平成17年法律124号）に定める通報ができるものとし、その場合、事業者は秘密保持義務違反の責任を負わないものとします。

11. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の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。

後期高齢者医療制度、健康保険法等に基づく訪問看護は週3日が訪問の限度。

（ただし厚生労働大臣が定める疾患等は利用者の訪問回数の制限はありません）
詳しい料金については別表料金表参照ください。

（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、利用者様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
事前連絡なしのキャンセル	1000 円

やむを得ない事情があると事業者が認めた場合は、キャンセル料を減額または免除することがあります。

（２） 支払い方法

上記（１）から（３）までの利用料（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、30 日以内に差し上げます。

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々月の 26 日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。振替用紙のご記入をお願いします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の 5 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。 福岡信用金庫 中尾支店 普通口座 1052008

１２． 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。

１３． 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、買い物の代行

（２） 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。

（３） 訪問の時間はあらかじめ決めさせていただきますが、ほか利用者様の状態や交通事情により 10 分程度は時間が前後する可能性があることをご了承ください。

（４） 基本的に訪問する職員の指定はできません。

1 4. 加算等に関する同意

・当事業者は、利用者又はその家族等から電話等により看護に関する意見を求められた場合に常時対応できる体制にあります。計画外の緊急訪問を行った場合には所要時間に応じた利用料を算定します。緊急の訪問をご希望の場合は連絡をいただいてから 1 時間程度訪問まで時間がかかる可能性があることをご了承ください。利用者は

介護保険：緊急時訪問看護加算 / 医療保険：24 時間対応体制加算

(同意します 同意しません)

・特別管理加算（介護保険）／ 特別管理指導加算（医療保険）

気管切開、留置カテーテル、在宅酸素療法、人工呼吸器等の医療機器の使用、真皮を越える褥瘡（床ずれ）、または点滴注射が週 3 日以上必要な状態など、厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態にある利用者様に対して、主治医の指示に基づき計画的な管理・処置を行った場合に、月単位で算定します。

利用者は、特別管理加算（特別管理指導加算）について説明を受け、

(同意します ・ 同意しません)

・退院時共同指導加算（介護保険・医療保険）

病院または診療所等に入院中（または施設に入所中）の利用者様が退院・退所して在宅療養へ移行されるにあたり、入院先医療機関の主治医や看護師等と当事業所の看護師が共同して、在宅での療養上必要な指導及びカンファレンスを行い、その内容を文書で提供・説明した場合に算定します（退院につき原則 1 回～2 回）。

利用者は、退院時共同指導加算について説明を受け、

(同意します ・ 同意しません)

・「複数名訪問看護加算」は、同時に複数の看護師等が 1 人の利用者に対して訪問看護を行うとき、次のいずれかに該当する場合に算定することになります。

1) 利用者の身体的理由により 1 人の看護師等に訪問看護が困難と認められる場合

2) 暴力行為、著しい迷惑行為、器物破損行為等が認められる場合

3) その他利用者の状況から判断して①又は②に準ずると認められる場合

利用者は、複数名訪問看護加算に

(同意します・同意しません)

・「ターミナルケア加算・療養費」は、訪問看護を行っている利用者が在宅等で死亡された場合であって（ターミナルケアを行った後、24 時間以内在宅以外で死亡した場合を含む）、その死亡日および死亡日前 14 日以内に 2 回以上ターミナルケアを行った場合、次の要件に該当する場合に算定することになります。利用者は、ターミナルケア加算・療養費に

（同意します・同意しません）

*なお死後処置を実施した場合は 10000 円(外税)を自費でご負担いただきます。

・理学療法士、作業療法士、言語聴覚士による訪問看護は、その訪問が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たものであり、看護職員の代わりにさせる訪問であることに同意をお願い致します。

利用者は、上記の内容に

（同意します・同意しません）

・「情報提供療養費 1」市町村等からの求めに応じ、厚労大臣が定める疾病等の利用者に関わる保健福祉サービスに必要な情報提供をした場合に算定します。

「情報提供療養費 2」厚労大臣が定める疾病等の利用者の入学時・転校時等に義務教育諸学校、保育園・幼稚園等からの求めに応じ情報提供をした場合に算定します。

「情報提供療養費 3」保健医療機関等に入院・入所にあたり、主治医に訪問看護に係る情報提供をした場合に算定します。

利用者は、情報提供療養費に

（同意します・同意しません）

・訪問診療を実施している医療機関、歯科、薬局と文書等により情報共有を行い、看護師等（准看護師を除く）がそれを踏まえた療養上の指導をした場合、月に 1 回に限り算定を行います。利用者は、在宅患者連携指導加算に

（同意します・同意しません）

年 月 日

事業者は、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。

事業者 事務所所在地 福岡市南区清水 3 丁目 20-10 武末第 3 ビル 302

事業者（法人）名 株式会社 Bloom

代表者職・氏名 谷口恒太

説明者職・氏名

私は、事業者より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 氏 名

署名代行者（又は法定代理人）

本人との続柄

氏 名