

# 重要事項説明書

(介護予防訪問看護)

利用者： \_\_\_\_\_ 様

事業者：リライトリハビリ訪問看護ステーション

# リライトリハビリ訪問看護ステーション

## 重要事項説明書 (介護予防訪問看護用)

あなた (又はあなたの家族) が利用しようと考えている指定介護予防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、遠慮なく質問をしてください。

この「重要事項説明書」は、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例 (平成 24 年大阪府条例 116 号)」第 10 条の規定に基づき、指定介護予防看護介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 指定介護予防訪問看護サービスを提供する事業者について

事業者名称	株式会社 コンフィール
代表者氏名	半谷 照美
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	兵庫県川西市新田一丁目 2 番 1 6 - 7 0 2 号 電話: 0 7 2 - 7 9 3 - 1 5 8 5
法人設立年月日	平成 2 6 年 8 月 8 日

### 2 利用者に対してのサービス提供を実施する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	リライトリハビリ訪問看護ステーション
介護保険指定 事業者番号	大阪府指定 2 7 6 2 5 9 0 1 4 5
事業所所在地	大阪府池田市満寿美町 1 3 - 7 グリーン池田 1 階 1・2 号室
連絡先 相談担当者名	電話: 0 7 2 - 7 5 0 - 0 8 8 0 FAX: 0 7 2 - 7 5 0 - 0 8 8 1 半谷 照美
事業所の通常の 事業の実施地域	池田市、川西市

#### (2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	地域で療養する人が、その家族とともに在宅ケアに関して自己決定し、その望む生活の質を維持し、社会資源を用いながら医療機関に入院することなく、あるいは入院しても短期間で済むように在宅ケアを援助することである。
運営の方針	地域のあらゆる訪問看護ニーズを発見し、即応し、利用者からの満足を引き出すとともに地域のあらゆる社会資源と連携し在宅療養者への訪問看護サービスを通じて在宅で 1 日も長く生活することを支援する。

#### (3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日とする
営業時間	午前 8 時 4 5 分から午後 5 時 3 0 分
休業日	土曜日・日曜日・創立記念日 (8 月第 1 金曜・・予定) お盆 (8 月 13 日~8 月 15 日) 年末年始 (12 月 28 日~1 月 3 日)

#### (4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から金曜日まで
---------	------------

サービス提供時間	午前9時00分から午後5時00分
----------	------------------

(5) 事業所の職員体制

管理者	半谷 照美
-----	-------

職	職務内容	人員数
管理者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 主治医の指示に基づき適切な指定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。</li> <li>2 介護予防訪問看護計画書及び介護予防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。</li> </ol>	常勤 1名 (看護職員兼務)
看護職員のうち主として計画作成等に従事する者	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 指定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、主治医に対して介護予防訪問看護計画書及び介護予防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。</li> <li>2 主治医の指示に基づく介護予防訪問看護計画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。</li> <li>3 利用者へ介護予防訪問看護計画を交付します。</li> <li>4 指定介護予防訪問看護の実施状況の把握及び介護予防訪問看護計画の変更を行います。</li> <li>5 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。</li> <li>6 常に利用者の病状、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、利用者又はその家族に対し、適切な指導を行います。</li> <li>7 サービス担当者会議への出席等により、介護予防支援事業者と連携を図ります。</li> <li>8 訪問日、提供した看護内容等を記載した介護予防訪問看護報告書を作成します。</li> </ol>	常勤 5名 (うち1名は管理者兼務) 非常勤 6名
看護職員等	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 理学療法士等が介護予防訪問看護を提供している利用者について、利用者の状況や実施した看護（看護業務の一環としてのリハビリテーションを含む）の情報を看護職員と理学療法士等が共有するとともに、介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書について看護職員と理学療法士等が連携し作成します。</li> <li>2 介護予防訪問看護計画書及び介護予防訪問看護報告書の作成にあたり、訪問看護サービスの利用開始時や利用者の状態の変化等に合わせた定期的な看護職員による訪問により、利用者の状態について適切に評価を行います。</li> <li>3 理学療法士等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る場合に、看護職員の代わりにさせる訪問である。</li> <li>4 介護予防訪問看護計画に基づき、指定介護予防訪問看護のサービスを提供します。</li> <li>5 訪問看護の提供に当たっては、適切な技術をもって行います。</li> </ol>	常勤 17名 (うち1名は管理者兼務、うち7名は理学療法士、4名は作業療法士) 非常勤 8名
事務職員	<ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> </ol>	常勤 1名 非常勤 2名

3 提供するサービスの内容及び費用について

(1) 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	主治医の指示並びに利用者に係る介護予防支援事業者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	介護予防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 病状観察（血圧、脈拍、体温測定など） ② 床ずれの予防や手当て ③ 医療器具の管理（胃・鼻に管が入っている、おしっこの管が入っている、酸素吸入を使用している、人工呼吸器を使用している、在宅中心静脈栄養管理） ④ 清拭、洗髪、入浴介助 ⑤ 食事、排泄の介助 ⑥ リハビリテーション（日常生活におけるアドバイス、福祉用具・住宅改修に関する相談） ⑦ 医師の指示による医療行為（点滴や注射、及び医師との連絡調整） ⑧ 終末期の看護（在宅で死を迎える方への看護）

## (2) 看護職員等の禁止行為

看護職員等はサービスの提供に当たって、次の行為は行いません。

- ① 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、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場合を除く）
- ⑥ その他利用者又は家族等に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他迷惑行為

## (3) 提供するサービスの利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）について

### 看護師の訪問による場合

サービス提供時間帯	サービス提供時間数		20分未満		30分未満		30分以上 1時間未満		1時間以上 1時間30分未満	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
昼間	3,285円	328円	4,888円	488円	8,607円	860円	11,816円	1,181円		
早朝・夜間	4,108円	410円	6,110円	611円	10,764円	1,076円	14,775円	1,477円		
深夜	4,932円	493円	7,332円	733円	12,910円	1,291円	17,723円	1,772円		

提供時間帯名	早朝	夜間	深夜
時 間 帯	午前 6 時から 午前 8 時まで	午後 6 時から 午後 10 時まで	午後 10 時から 午前 6 時まで

サービス提供開始時刻が早朝・夜間の場合は、1 回につき所定単位数の 100 分の 25、深夜の場合は、100 分の 50 に相当する単位が加算されます。

#### 理学療法士・作業療法士による訪問の場合

サービス提供時間帯	20 分		40 分	
	利用料	利用者負担額	利用料	利用者負担額
昼間	3,079 円	307 円	6,157 円	615 円
早朝・夜間	3,848 円	384 円	7,696 円	769 円

#### ※ 指定介護予防訪問看護ステーション（加算）

加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
緊急時訪問看護加算（Ⅱ） （介護予防訪問看護ステーション）	6,222 円	623 円	1 月に 1 回
特別管理加算（Ⅰ）	5,853 円	586 円	1 月に 1 回
特別管理加算（Ⅱ）	2,710 円	271 円	
ターミナルケア加算	27,100 円	2,710 円	死亡月に 1 回
初 回 加 算（Ⅰ）	3,794 円	379 円	退院日に看護師が初回訪問 初回訪問のみ
初 回 加 算（Ⅱ）	3,252 円	326 円	
退院時共同指導加算	6,504 円	650 円	1 回当たり
複数名訪問看護加算（Ⅰ） （2 人の看護師が同時に訪問を行う場合）	2,753 円	275 円	1 回当たり（30 分未満）
	4,358 円	435 円	1 回当たり（30 分以上）
複数名訪問看護加算（Ⅱ） （看護師と看護補助者が同時に訪問を行う場合）	2,178 円	218 円	1 回当たり（30 分未満）
	3,436 円	344 円	1 回当たり（30 分以上）
長時間訪問看護加算	3,252 円	325 円	1 回当たり
看護体制強化加算	1,084 円	108 円	1 月に 1 回
中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	所定単位数の 5/100	左記の 1 割	1 回当たり
口腔連携強化加算	542 円	54 円	1 月に 1 回

※ 緊急時介護予防訪問看護加算は、利用者の同意を得て、利用者又はその家族等に対して 24 時間連絡体制にあつて、かつ、計画的に訪問することとなっていない緊急時訪問を必要に応じて行う旨説明し、同意を得た場合に加算します。

※ 特別管理加算は、指定介護予防訪問看護に関し特別な管理を必要とする利用者（別に厚生労働大臣が定める状態にあるものに限る。→下段のかつこ内に記載しています。）に対して、指定介護予防訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合に加算します。なお、「別に厚生労働大臣が定める状態にあるもの」とは次のとおりです。

※ 特別管理加算(Ⅰ)は①に、特別管理加算(Ⅱ)は②～⑤に該当する利用者に対して訪問看護を行った場合に加算します。

- 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又は気管カニューレ、留置カテーテルを使用している状態
- ② 在宅自己腹膜灌かん流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態
- ③ 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態
- ④ 真皮を超える褥瘡の状態
- ⑤ 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

※ 初回加算は新規に訪問看護計画を作成した利用者に対し、訪問看護を提供した場合に加算します。また退院時共同指導料を算定する場合は算定しません。

※ 退院時共同指導料は入院若しくは入所中の者が退院・退所するにあたり、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算します。また初回加算を算定する場合は算定しません。

※ 複数名介護予防訪問看護加算は、二人の看護師等(両名とも保健師、看護師、准看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士であることを要する)が同時に介護予防訪問看護を行う場合(利用者の身体的理由により1人の看護師等による介護予防訪問看護が困難と認められる場合等)に加算します。

※ 長時間介護予防訪問看護加算は、特別管理加算の対象者に対して、1回の時間が1時間30分を超える介護予防訪問看護を行った場合、介護予防訪問看護の所定サービス費(1時間以上1時間30分未満)に加算します。なお、当該加算を算定する場合は、別途定めた1時間30分を超過する部分の利用料は徴収しません。

※ 中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算は、下記の地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、介護予防訪問看護を行った場合に加算します。なお、当該加算を算定する場合は、通常の事業の実施地域を越える場合の交通費は徴収しません。また、当該加算の算定は、緊急時介護予防訪問看護加算、特別管理加算を除いた所定単位数に加算します。

中山間地域等：千早赤阪村の全域、太子町の一部(山田)、能勢町の一部(東郷、田尻、西能勢)

※ 主治医(介護老人保健施設の医師を除く)から、急性増悪等により一時的に頻回の介護予防訪問看護を行う必要がある旨の特別の指示を受けた場合は、その指示の日から14日間に限って、介護保険による介護予防訪問看護費は算定せず、別途医療保険による介護予防訪問看護の提供となります。

※ (利用料について、事業者が法定代理受領を行わない場合) 上記に係る利用料は、全額をいったんお支払いただきます。この場合、「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介護予防サービス費の支給(利用者負担額を除く)申請を行ってください。

#### 4 その他の費用について

① 交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。(片道5km毎100円)	
② キャンセル料	サービスの利用をキャンセルされる場合、キャンセルの連絡をいただいた時間に応じて、下記によりキャンセル料を請求させていただきます。	
	前営業日の午後5時30分までにご連絡をいただいた場合	キャンセル料は不要です
	当日のご連絡、もしくはご連絡をいただけなかった場合	1提供当りの料金の10%を請求いたします。
※ただし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いたしません。		
③ サービス提供に当り必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用	利用者の別途負担となります。	

#### 5 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合） その他の費用の請求及び支払い方法について

① 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の請求方法等	<p>ア 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額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。</p> <p>イ 上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月15日頃に利用者にお届けします。</p>
② 利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）、その他の費用の支払い方法等	<p>ア 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うえ、請求月の27日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア) 事業者指定口座への振り込み（振込手数料は利用者の別途負担になります。）</p> <p>池田泉州銀行 池田営業部 普通預金 口座番号 113776 株式会社 コンフィール 代表取締役 半谷 照美</p> <p>(イ) 現金支払い</p> <p>イ お支払いの確認をしましたら、支払い方法の如何によらず、領収書をお渡ししますので、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となることがあります。)</p>

※ 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支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、支払い期日から2月以上遅延し、さらに支払いの督促から14日以内に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。

#### 6 担当する看護職員等の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情により、担当する介護予防訪問看護員の変更を希望される場合は、右のご相談担当者までご相談ください。	ア 相談担当者氏名	半谷 照美
	イ 連絡先電話番号	072-750-0880
	同ファックス番号	072-750-0881
	ウ 受付日及び受付時間	月曜日から金曜日 午前8時45分から午後5時30分

※ 担当する看護職員等としては、利用者のご希望をできるだけ尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 サービスの提供にあたって

- (1) サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要支援認定の有無及び要支援認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (2) 利用者が要支援認定を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、介護予防支援が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要支援認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要支援認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (3) 利用者に係る介護予防支援事業者が作成する「介護予防サービス計画（ケアプラン）」に基づき、主治医の指示や利用者の心身の状況、また利用者や家族の意向を踏まえて、「介護予防訪問看護計画」を作成します。なお、作成した「介護予防訪問看護計画」は、利用者又は家族にその内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービス提供は「介護予防訪問看護計画」に基づいて行ないます。なお、「介護予防訪問看護計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。
- (5) 看護職員等に対するサービス提供に関する具体的な指示や命令は、すべて当事業者が行ないますが、実際の提供にあたっては、利用者の心身の状況や意向に十分な配慮を行ないます。

## 8 虐待の防止について

事業者は、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 半谷 照美
-------------	-----------

- (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) 従事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) 介護相談員を受入れます。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従事者又は養護者（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。

## 9 秘密の保持と個人情報の保護について

① 利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 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
--------------------------	----------------------------------------------------------------------



	<p>な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従事者」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。</p> <p>③ 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後においても継続します。</p> <p>④ 事業者は、従事者に、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、従事者である期間及び従事者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従事者との雇用契約の内容とします。</p>
<p>② 個人情報の保護について</p>	<p>① 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、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>② 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（紙によるもの他、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。</p> <p>③ 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。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p>

#### 10 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他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等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。

#### 11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定介護予防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、利用者に係る介護予防支援事業者（地域包括支援センターより介護予防支援の業務を受託している居宅介護支援事業者を含む。以下同じ。）等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介護予防訪問看護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、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。

保険会社名	公益財団法人 日本訪問看護財団
保険名	あんしん総合保険制度（ステーション賠償責任保険）
補償の概要	身体賠償：1名/1事故 1.5億円

## 12 身分証携行義務

訪問看護師は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者また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。

## 13 心身の状況の把握

指定介護予防訪問看護の提供に当たっては、介護予防支援事業者が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者の心身の状況、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。

## 14 介護予防支援事業者等との連携

- ① 指定介護予防訪問看護の提供に当たり、介護予防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提供者と密接な連携に努めます。
- ② サービス提供の開始に際し、この重要事項説明に基づき作成する「介護予防訪問看護計画」の写しを、利用者の同意を得た上で介護予防支援事業者に速やかに送付します。
- 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またはその写しを速やかに介護予防支援事業者に送付します。

## 15 サービス提供の記録

- ① 指定介護予防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 指定介護予防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、提供の日から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及び複写物の交付を請求することができます。

## 16 衛生管理等

- ① 看護職員等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 指定介護予防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。

17 指定介護予防訪問看護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、あなたの介護予防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 \_\_\_\_\_ (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					
火					
水					
木					
金					
土					
日					
1週当りの利用料、利用者負担額（見積もり）合計額				円	円

(3) その他の費用

①交通費の有無	( 有 ・ 無 ) サービス提供1回当たり…	円
②キャンセル料	重要事項説明書4-②記載のとおりです。	

(4) 1か月当りのお支払い額（利用料、利用者負担額（介護保険を適用する場合）とその他の費用の合計）の目安

お支払い額の目安	
----------	--

※ ここに記載した金額は、この見積もりによる概算のものです。実際のお支払いは、サービス内容の組み合わせ、ご利用状況などにより変動します。

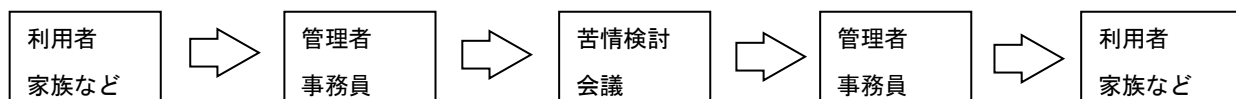
※ この見積もりの有効期限は、説明の日から1ヵ月以内とします。

18 サービス提供に関する相談、苦情について

(1) 苦情処理の体制及び手順

ア 提供した指定介護予防訪問看護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窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

イ 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とおりとします。



(2) 苦情申立の窓口

【事業者の窓口】 リライトリハビリ訪問看護ステーション	所在地 大阪府池田市満寿美町13番7号 グリーン池田1階1.2号室 電話番号 072-750-0880 ファックス番号 072-750-0881 受付時間 午前8時45分から午後5時30分
【市町村（保険者）の窓口】 池田市 福祉部介護保険課	所在地 池田市城南1-1-1 電話番号 072-752-1111 受付時間 午前8時45分から午後5時15分
川西市保健福祉部長寿・介護保険課	所在地 川西市中央町12番1号 電話番号 072-740-1147 受付時間 午前9時から午後5時30分
【公的団体の窓口】 大阪府国民健康保険団体連合会	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 電話番号 06-6949-5418(苦情相談担当) 受付時間 午前9時から午後5時

19 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年	月	日
-----------------	---	---	---

上記内容について、「大阪府指定介護予防サービス事業者の指定並びに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を定める条例（平成24年大阪府条例116号）」第10条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

事業者	所在地	兵庫県川西市新田一丁目2番16-702号
	法人名	株式会社 コンフィール
	代表者名	半谷 照美
	事業所名	リライトリハビリ訪問看護ステーション
	説明者氏名	

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

利用者	住所	
	氏名	

代理人	住所	
	氏名	