

訪問看護サービス重要事項説明書

第1条（企業理念）

お客様の居宅にサービス従事者を派遣し、主治医の治療方針や居宅サービス計画に沿った療養上の世話及び必要な診療の補助を行う訪問看護サービス（以下、「サービス」とします。）につき、株式会社ビリーブケアサポート（以下、「ビリーブケアサポート」とします。）は、「高齢者の尊厳と自立を守る」という企業理念のもと、いかなる場合においても、「お客様第一主義」を徹底するものとします。

第2条（運営の方針）

1. ビリーブケアサポートは、地域との結びつきを重視し、居宅介護支援事業者、他の居宅サービス事業者、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者及び関係市区町村との密接な連携に努めるものとします。
2. サービスは、お客様の病状、心身の状況、その置かれている環境及びご希望等の把握に努め、お客様が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、主治医と密接な連携を取りながら、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を目指すものとします。
3. サービスは、お客様の要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう、療養上の目標を設定し、計画的に行うものとします。
4. ビリーブケアサポートは、自らその提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図るよう努めるものとします。

第3条（事業者の概要）

- ① 法 人 名：株式会社ビリーブケアサポート
- ② 法人所在地：青森県青森市浪打一丁目14-3
- ③ 代表者氏名：櫛引 由希子
- ④ 設 立：2011年
- ⑤ 資 本 金：500万円
- ⑥ 実 施 事 業：在宅介護事業

第4条（営業日及び営業時間）

（1）サービス提供

- ① 営 業 日：365日
- ② 営業時間：24時間

注1）電話等による24時間連絡体制を取り、緊急時の看護要請に対応するものとします（緊急時訪問看護）。但し、地域によっては、24時間のサービスを提供することができないこともありますので、予めご了承ください。

（2）サービス受付

- ① 営 業 日：月曜日～金曜日（祝祭日、12/31～1/2を除く）
- ② 営業時間：9：00～17：00

注2）電話等により、事業所に24時間連絡が可能な体制を取るものとします。

第5条（サービス提供事業所の概要）

事業所名	ビリーブ訪問看護八戸中央
所在地	青森県八戸市類家5丁目27-1
電話番号等	0178-24-5718
指定事業所番号	0260390281
サービス実施地域	八戸市、三戸郡、上北町、岩手県洋野町
福祉サービス第三者評価の実施の有無	当事業所では、福祉サービス第三者評価を受審しておりません

第6条（当事業所の職員体制）

職 種	資 格	常 勤	非常勤	備考(兼任の有無等)
管理者	保健師又は看護師	1人	—	サービス従事者と兼務
サービス従事者	看護師	1名以上	7名以上	非常勤1名、訪問入浴と兼務
	理学療法士・作業療法士 言語聴覚士	1名以上	—	

第7条（サービス利用料金）

1. 介護保険が適用される場合

(1) サービス利用料金

介護保険法令に定める介護給付費（介護報酬）に準拠した次の金額となります。
利用者負担額は「介護保険負担割合証」に記載されている利用者負担割合（1～3割）の分となります。

A. 保健師・看護師がサービスを行った場合

	サービス 利用料金	利用者負担額		
		1割	2割	3割
20分未満	3,140円	314円	628円	942円
30分未満	4,710円	471円	942円	1,413円
30分以上1時間未満	8,230円	823円	1,646円	2,469円
1時間以上1時間30分未満	11,280円	1,128円	2,256円	3,384円

注1) 20分未満のサービスは、週に1回以上20分以上の訪問看護を実施している場合に利用できます。

注2) 担当のサービス従事者が准看護師の場合には、そのサービス利用料金は上記Aの金額の90%となります。

注3) 通常の時間帯（午前8時～午後6時）以外の時間帯にサービスを提供する場合には、1回のサービスにつき、次の割合でサービス利用料金に割増料金が加算されます。

- ・早朝（6：00～8：00）：25%
- ・夜間（18：00～22：00）：25%
- ・深夜（22：00～翌6：00）：50%

注4) 医療機関から退院日及び介護老人保健施設もしくは介護医療院からの退所日に行われる訪問看護は、特別管理加算対象者または主治医が必要と認めた場合に利用することができます。

B. 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士がサービスを行った場合。

	サービス 利用料金	利用者負担額		
		1 割	2 割	3 割
1 回あたり 20 分/1 日 2 回まで	2,940 円	294 円	588 円	882 円
1 回あたり 20 分/1 日 2 回以上	2,650 円	265 円	530 円	795 円

C. 上記、A Bのサービス利用料金に以下の料金が加算される場合がございます。

加算名	利用料金	利用者負担額			加算条件	
		1割	2割	3割		
複数名訪問看護加算 （Ⅰ） 30分未満	2,540円	254円	508円	762円	お客様やご家族の同意を得て、 複数の看護師等が同時に訪問看護を行った場合	
複数名訪問看護加算 （Ⅰ） 30分以上	4,020円	402円	804円	1,206円		
複数名訪問看護加算 （Ⅱ） 30分未満	2,010円	201円	402円	603円	お客様やご家族の同意を得て、 看護師等と看護補助者が同時に 訪問看護を行った場合	
複数名訪問看護加算 （Ⅱ） 30分以上	3,170円	317円	634円	951円		
長時間訪問看護加算	3,000円	300円	600円	900円	特別管理加算の対象となるお客様に対して、通算90分以上の訪問看護を行う場合	
初回加算（Ⅰ）	3,500円	350円	700円	1,050円	退院当日に提供した場合	新規に訪問看護計画を作成したお客様に対して訪問看護を提供した場合
初回加算（Ⅱ）	3,000円	300円	600円	900円	退院翌日以降に提供した場合	
緊急時訪問看護加算 （Ⅰ） （一月につき）	6,000円	600円	1200円	1,800円	お客様又はその家族等に対して24時間対応できる体制を整備し、お客様の同意を得て、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場合	
特別管理加算Ⅰ （一月につき）	5,000円	500円	1,000円	1,500円	訪問看護に関し特別な管理を必要とするお客様に対して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行った場合（注1）	
特別管理加算Ⅱ （一月につき）	2,500円	250円	500円	750円		
ターミナルケア加算 （死亡月）	25,000円	2,500円	5,000円	7,500円	在宅で死亡したお客様について、死亡日及び14日以内に2日以上ターミナルケアを実施している場合（注2）	
退院時共同指導加算	6,000円	600円	1,200円	1,800円	入院中又は入所中の者が退院又は退所するにあたり、主治医等と連携し在宅生活における必要な指導を行った後に初回の指定訪問看護を行った場合（初回加算との併給不可）	
口腔連携強化加算	500円	50円	100円	150円	口腔の健康状態の評価の結果を利用者の同意を得て歯科医療機関と介護支援専門員に提供した場合	
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	30円	3円	6円	9円	提供するサービスの質を上げる取り組みを行っている事業所が算定を認められる加算	

加算名	利用料金	利用者負担額			加算条件
		1割	2割	3割	
看護・介護職員連携強化加算 (一月につき)	2500円	250円	500円	750円	たん吸引等を行う訪問介護事業所と連携し、お客様に係る計画の作成の支援等を行った場合

(注1) 特別管理加算の種類

加算Ⅰ	・在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態 ・在宅気管切開患者指導管理を受けている状態、 ・気管カニューレ又は留置カテーテルを使用している状態
加算Ⅱ	・在宅自己腹膜灌流指導管理、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または在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態。 ・人工肛門または人工膀胱を設置している状態。 ・真皮を越える褥瘡の状態。 ・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。

(注2) 下記の疾病に該当する場合は、死亡日及び14日以内に1日以上ターミナルケアを実施している場合にターミナルケア加算を算定いたします。

1. 末期の悪性腫瘍 2. 多発性硬化症 3. 重症筋無力症 4. スモン 5. 筋萎縮性側索硬化症 6. 脊髄小脳変性症 7. ハンチントン病 8. 進行性筋ジストロフィー症 9. パーキンソン病関連疾患 ・進行性核上性麻痺 ・大脳皮質基底核変性症 ・パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類がステージⅢ以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)	10. 多系統萎縮症 ・線条体黒質変性症 ・オリブ橋小脳萎縮症 ・シャイ・ドレーガー症候群 11. プリオン病 12. 亜急性硬化性全脳炎 13. ライソゾーム病 14. 副腎白質ジストロフィー 15. 脊髄性筋萎縮症 16. 球脊髄性筋萎縮症 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18. 後天性免疫不全症候群 19. 頸髄損傷 20. 人工呼吸器を使用している状態
---	--

(2) 介護保険が適用される場合において、給付限度額を超えた分のサービス利用料金につきましては、全額お客様にご負担頂きます。

(3) 支払い方法が償還払いになる場合には、上記に係る利用料の全額をお支払いいただきます。この場合、ビリーブケアサポートは「サービス提供証明書」を交付いたしますので、領収書を添えて市町村窓口にて居宅介護サービス費等の支給申請を行ってください。

2. 医療保険が適用される場合

(1) お客様が末期がんや難病患者等である場合又は急性憎悪等により、主治医が一時的に頻回の訪問看護を行う必要がある旨の指示を行った場合には、医療保険から給付が行われ、医療保険の診療報酬の基準に基づいたサービス利用料金

をお客様にご負担頂きます。なお、お客様のご負担額は下記表中のサービス利用料金からお客様の医療保険給付額を差し引いた金額となります。

A. 訪問看護基本療養費及び加算（精神科訪問看護以外の場合）

				サービス 利用料金	お客様負担額		
					1 割	2 割	3 割
訪問看護 基本療養費（Ⅰ）	看護師 保健師	週 3 日まで		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		週 4 日以降		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
	理学療法士・作業療法士・言語聴 覚士			5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
	専門の研修を受けた看護師が同行 した場合（1 月につき）			12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円
訪問看護 基本療養費（Ⅱ）	看護師 保健師	同一日に 2 人まで ／週 3 日まで		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		同一日に 2 人まで ／週 4 日以降		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
		同一日に 3 人以上 ／週 3 日まで		2,780 円	278 円	556 円	834 円
		同一日に 3 人以上 ／週 4 日以降		3,280 円	328 円	656 円	984 円
	理学療法士等	同一日に 2 人まで		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		同一日に 3 人以上		2,780 円	278 円	556 円	834 円
	専門の研修を受けた看護師が同行 した場合（1 月につき）			12,850 円	1,285 円	2,570 円	3,855 円
訪問看護 基本療養費（Ⅲ）	外泊中/1 日につき			8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円
緊急訪問看護加算 （月 14 日目まで）	お客様の求めに応じて主治医の指示 により緊急訪問を行った場合			2,650 円	265 円	530 円	765 円
緊急訪問看護加算 （月 15 日目以降）				2,000 円	200 円	400 円	600 円
難病等複数回訪問 加算 （1 日につき） 特別看護指示書が交 付されたお客様に対 して複数回訪問する 場合	1 日に 2 回 の場合	同一 建物 内	1・2 人	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
			3 人	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	1 日に 3 回 以上の場合	同一 建物 内	1・2 人	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
			3 人	7,200 円	720 円	1,440 円	2,160 円
長時間訪問看護加算 （週 1 回につき）	1 回 90 分を超える場合			5,200 円	520 円	1,040 円	1,560 円
乳幼児加算 （1 日につき）	6 歳未満の子どもに訪問する場合			1,300 円	130 円	260 円	390 円
	上記のうち、厚生労働大臣が定め る者に該当する場合			1,800 円	180 円	360 円	540 円
夜間・早朝 訪問看護加算	夜間(18:00～22:00) 早朝(6:00～8:00)			2,100 円	210 円	420 円	630 円
深夜訪問看護加算	深夜(22:00～翌 6:00)			4,200 円	420 円	840 円	1,260 円
複数名訪問看護 加算 1 名の看護職員によ る訪問看護が困難な 場合に、同時に複数 の看護師等や看護補 助者による訪問看護 を行った場合	①看護師等 と訪問 （週 1 回まで）	同一 建物 内	1・2 人	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
			3 人	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	②看護補助 者と訪問 （週 3 回まで）	同一 建物 内	1・2 人	3,000 円	300 円	600 円	900 円
			3 人	2,700 円	270 円	540 円	810 円
	③看護補助 者と訪問 1 日 1 回	同一 建物 内	1・2 人	3,000 円	300 円	600 円	900 円
			3 人	2,700 円	270 円	540 円	810 円
③看護補助	同一	1・2 人	6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円	

	者と訪問 1日2回	建物 内	3人	5,400円	540円	1,080円	1,620円
	③看護補助 者と訪問 1日3回以上	同一 建物 内	1・2人	10,000円	1,000円	2,000円	3,000円
			3人	9,000円	900円	1,800円	2,700円

B. 精神科訪問看護基本療養費及び加算

				サービス利 用料金	お客様負担額		
					1割	2割	3割
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅰ）	週 3 日まで	30 分以上		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		30 分未満		4,250 円	425 円	850 円	1,275 円
	週 4 日以降	30 分以上		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
		30 分未満		5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅲ） 保健師・看護師又は 作業療法士による場 合	同一日に 2 人まで ／週 3 日まで	30 分以上		5,550 円	555 円	1,110 円	1,665 円
		30 分未満		4,250 円	425 円	850 円	1,275 円
	同一日に 2 人まで ／週 4 日以降	30 分以上		6,550 円	655 円	1,310 円	1,965 円
		30 分未満		5,100 円	510 円	1,020 円	1,530 円
	同一日に 3 人以上 ／週 3 日まで	30 分以上		2,780 円	278 円	556 円	834 円
		30 分未満		2,130 円	213 円	426 円	639 円
	同一日に 3 人以上 ／週 4 日以降	30 分以上		3,280 円	328 円	656 円	984 円
		30 分未満		2,550 円	255 円	510 円	765 円
精神科訪問看護 基本療養費（Ⅳ）	外泊中/1 日につき			8,500 円	850 円	1,700 円	2,550 円
緊急訪問看護加算 （月 14 日目まで）	お客様の求めに応じて主治医の指 示により緊急訪問を行った場合			2,650 円	265 円	530 円	765 円
緊急訪問看護加算 （月 15 日目以降）				2,000 円	200 円	400 円	600 円
精神科複数回訪問 加算 （1 日につき） 精神科在宅患者支援 管理料を算定するお 客様に対して複数回 訪問する場合	1 日に 2 回の 場合	同一 建物内	1・2 人	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
			3 人	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	1 日に 3 回 以上の場合	同一 建物内	1・2 人	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
			3 人	7,200 円	720 円	1,440 円	2,160 円
長時間精神科訪問 看護加算 （週 1 回につき）	1 回 90 分を超える場合			5,200 円	520 円	1,040 円	1,560 円
夜間・早朝 訪問看護加算	夜間(18:00～22:00) 早朝(6:00～8:00)			2,100 円	210 円	420 円	630 円
深夜訪問看護加算	深夜(22:00～翌 6:00)			4,200 円	420 円	840 円	1,260 円
複数名精神科訪問 看護加算 1 名の看護職員によ る訪問看護が困難な 場合に、同時に複数 の看護師等や看護補 助者等による訪問看 護を行った場合	①看護師等 と訪問 (1 日 1 回まで)	同一 建物内	1・2 人	4,500 円	450 円	900 円	1,350 円
			3 人	4,000 円	400 円	800 円	1,200 円
	②看護師等 と訪問 (1 日 2 回まで)	同一 建物内	1・2 人	9,000 円	300 円	600 円	900 円
			3 人	8,100 円	270 円	540 円	810 円
	③看護師等 と訪問 (1 日 3 回以上)	同一 建物内	1・2 人	14,500 円	300 円	600 円	900 円
			3 人	13,000 円	270 円	540 円	810 円
	④看護補助者 等と訪問 (週 1 回まで)	同一 建物内	1・2 人	3,000 円	300 円	600 円	900 円
			3 人	2,700 円	270 円	540 円	810 円

C. 訪問看護管理療養費及び加算

		サービス 利用料金	お客様負担額		
			1 割	2 割	3 割
訪問看護管理療養費	月の初日の訪問	7,670 円	767 円	1,534 円	2,301 円
	2 日目以降の訪問	3,000 円	300 円	600 円	900 円
24 時間対応体制加算 (1 月につき)	お客様や家族からの相談に 24 時間対応できる体制を整備している場合	6,800 円	680 円	1,360 円	2,040 円
特別管理加算 (1 月につき)	別表第八の 1 に該当	5,000 円	500 円	1,000 円	1,500 円
	別表第八の 2～5 に該当	2,500 円	250 円	500 円	750 円
退院時共同指導加算 (月 1 回又は月 2 回)	保険医療機関又は介護老人保健施設等に入院(入所)中で訪問看護を利用しようとするお客様・その家族に対し、退所前に主治医等を療養上の指導を行った場合	8,000 円	800 円	1,600 円	2,400 円
特別管理指導加算 (1 月に 1 回)	特別管理加算を算定できるお客様に対して退院時共同指導加算を加算した場合	2,000 円	200 円	400 円	600 円
退院支援指導加算 (初日の訪問看護日に 1 回)	退院日に療養上の退院支援指導が必要と認められた場合	6,000 円	600 円	1,200 円	1,800 円
	基準告示第 2 の 1 に該当 長時間の訪問を要する者に該当	8,400 円	840 円	1,680 円	2,520 円
在宅患者連携指導加算 (月 1 回)	在宅で療養しているお客様であって通院困難な者に対し、月 2 回以上医療関係職種間で文書などにより共有された情報を基に指導などを行った場合	3,000 円	300 円	600 円	900 円
在宅患者緊急時等カンファレンス加算	お客様の状態の急変や治療方針の変更に伴い、主治医主催によるカンファレンスに参加し、お客様や家族に対して指導を行った場合	2,000 円	200 円	400 円	600 円
看護・介護職員連携強化加算 (月 1 回)	喀痰吸引や経管栄養等を必要とするお客様に対して、主治医の指示に基づき介護職員と連携している場合	2,500 円	250 円	500 円	750 円
精神科重症患者支援管理連携加算イ (月 1 回)	精神科在宅患者支援管理料を算定するお客様の保険医療機関と連携して支援計画を作成し、精神科訪問看護を実施した場合	8,400 円	840 円	1,680 円	2,520 円
精神科重症患者支援管理連携加算ロ (月 1 回)		5,800 円	580 円	1,160 円	1,740 円
訪問看護情報提供療養費 1 (月 1 回)	居住地を管轄する市区町村、都道府県、特定相談支援事業者、障害児相談支援事業者へ情報提供した場合	1,500 円	150 円	300 円	450 円
訪問看護情報提供療養費 2 (年度 1 回)	義務教育諸学校へ情報提供した場合				
訪問看護情報提供療養費 3 (月 1 回)	保健医療機関等へ情報提供した場合				
訪問看護医療 DX 情報活用加算	定める基準に適合しオンライン資格確認より利用者の診療情報を取得し訪問看護の実施している場合	50 円	5 円	10 円	15 円
訪問看護ターミナル療養費	在宅で死亡したお客様について、死亡日及び 14 日以内に 2 日以上訪問看護(退院日の退院支援指導を含む)を実施している場合	25,000 円	2,500 円	5,000 円	7,500 円
ベースアップ評価料 (I)	医療従事者の人材確保や賃上げに取り組んでいる場合	780 円	78 円	158 円	234 円

(注) 基準告示第2の1に規定する疾病等のお客様
(別表第七)

1. 末期の悪性腫瘍 2. 多発性硬化症 3. 重症筋無力症 4. スモン 5. 筋萎縮性側索硬化症 6. 脊髄小脳変性症 7. ハンチントン病 8. 進行性筋ジストロフィー症 9. パーキンソン病関連疾患 ・ 進行性核上性麻痺 ・ 大脳皮質基底核変性症 ・ パーキンソン病 (ホーエン・ヤールの重症度分類 がステージ三以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)	10. 多系統萎縮症 ・ 線条体黒質変性症 ・ オリブ橋小脳萎縮症 ・ シャイ・ドレーガー症候群 11. プリオン病 12. 亜急性硬化性全脳炎 13. ライソゾーム病 14. 副腎白質ジストロフィー 15. 脊髄性筋萎縮症 16. 球脊髄性筋萎縮症 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 18. 後天性免疫不全症候群 19. 頸髄損傷 20. 人工呼吸器を使用している状態
---	---

(別表第八)

1. 在宅麻薬等注射指導管理、在宅腫瘍化学療法注射指導管理、在宅強心剤持続投与指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者または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にある者 2. 以下のいずれかを受けている状態にある者 在宅自己腹膜灌流指導管理、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または在宅肺高血圧症患者指導管理を 3. 人工肛門または人工膀胱を設置している状態にある者 4. 真皮を越える褥瘡の状態にある者 5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
--

3. サービスにつき、介護保険又は医療保険が適用される場合には、消費税はかかりません。これに対し、介護保険及び医療保険が適用されない場合には、サービス利用料金全額がお客様負担となり、別途消費税がかかる場合がございます。
4. 本契約の有効期間中、介護保険法その他関係法令又は医療費（診療報酬）の改正により、サービス利用料金又はお客様負担額の改定が必要となった場合には、改定後の金額を適用するものとします。
- この場合、ビリーブケアサポートは、法令改正後速やかにお客様に対し、改定の施行時期及び改定後の金額を通知するものとします。

第8条（交通費その他の費用）

1. 従業者がサービスを提供するため、お客様宅を訪問する際にかかる交通費は第5条に記載するサービス実施地域内にお住まいのお客様につきましては、無料となります。
2. 第5条に記載するサービス実施地域外にお住まいのお客様につきましては、ビリーブケアサポートに対して交通費の実費を支払うものとします。その場合の実費は、第5条に記載するサービス実施地域を超えた地点から目的地までの区間における往復の公共交通機関利用実費又は自動車使用時の経費〔15円／km〕（消費税込）、有料道路代、通行料となります。

注）従業者の移動手段は、地域により異なります。

3. 従業者がサービスを提供するため、お客様宅に自動車で訪問する場合において、その自動車をやむを得ず有料駐車場に駐車する場合には、その駐車場代は、お客様にご負担頂くものとします。

第9条（キャンセル）

1. お客様がサービスの利用の中止（以下、「キャンセル」とします。）をする際には、速やかにビリーブケアサポートまで連絡しなければならないものとします。
2. お客様のご都合により本サービスをキャンセルする場合には、本サービス利用の前日17：00までに連絡しなければならないものとします。何ら申し出なくサービスがキャンセルされた場合又は本サービス利用の前日17：00以降に連絡のあったキャンセルについては、お客様に次のキャンセル料金をお支払い頂きます。
- 但し、お客様の容態の急変など、緊急かつやむを得ない事情がある場合には、キャンセル料金は頂きません。

連絡時期	キャンセル料金
サービス利用日の前日17：00まで	無 料
サービス利用日の前日17：00以降 及び利用予定当日の連絡（不在を含む）	一律 1,000円を頂戴します

3. キャンセル料金は、当月分の利用料金の支払いに合わせてお支払い頂きます。

第10条（お支払い方法）

1. ビリーブケアサポートは、利用実績に基づいて1ヶ月ごとにサービス利用料金を請求し、お客様は原則としてビリーブケアサポートの指定する期日に口座引き落としの方法により支払うものとします。1ヶ月に満たない期間のサービス利用料金は、利用実績に基づいて計算した金額とします。
2. 前項の規定にかかわらず、ビリーブケアサポート所定の払込票による郵便局、銀行等からのお支払いや現金回収も可能ですが、お振込みに手数料がかかる場合には、その手数料はお客様のご負担とさせて頂きます。
3. 前各項の規定による費用の支払いを受ける場合には、お客様又はその家族に対して事前に文書を交付して説明を行い、その同意を得るものとします。
4. 利用料等の支払を受けたときは、お客様又はその家族に対し、利用料とその他費用（個別の費用ごとに区分）について記載した領収証を交付するものとします。

第11条（管理者）

1. 管理者は、主治医の指示に基づき適切なサービスが提供されるよう、当事業所の従業者の管理、サービスの利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握及びその他の管理を一元的に行うものとします。
2. 管理者は、法令等に規定されている訪問看護事業の実施に関して遵守すべき事項についての指揮命令を行うものとします。

第12条（サービス従事者）

サービス従事者は、ビリーブケアサポートがサービスを提供するために使用する保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等の資格を有する者とします。

第13条（身分証の携行）

サービス従事者は、常に身分証を携行し、お客様又はそのご家族から求められた時はいつでも提示するものとします。

第14条（訪問看護計画書及び訪問看護報告書）

1. 看護師は、お客様のご希望、主治医の指示及び心身の状況等を踏まえて、療養上の目標及び当該目標を達成するための具体的なサービスの内容等を記載した訪問看護計画書を作成するものとします。但し、居宅サービス計画が作成されている場合には、当該計画の内容に基づいて訪問看護計画書を作成するものとします。
2. 看護師は、訪問看護計画書の作成にあたって、その内容についてお客様又はそのご家族に対して説明し、その同意を頂くとともに、作成した訪問看護計画書は、これをお客様に交付するものとします。
3. サービス従事者は、サービスの提供を訪問看護計画書に沿って計画的に行うものとします。
4. 看護師は、訪問日に提供した看護内容等を記載した訪問看護報告書を作成するものとします。
5. ビリーブケアサポートは、主治医に訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、サービスの提供にあたって、主治医との密接な連携を図るものとします。
6. ビリーブケアサポートは、お客様の要望等により訪問看護計画の変更又は中止の必要がある場合には、状況調査等を踏まえ協議し、医師又は居宅介護支援事業者の助言及び指導等に基づいて、訪問看護計画を変更又は中止するものとします。

第15条（サービス内容）

1. ビリーブケアサポートは、下記サービス内容の中から、訪問看護計画に基づき、指定された時間帯に、サービスを提供するものとします。
 - ①病状、障害の観察、
 - ②医療的配慮の必要なおお客様の清拭、洗髪等による清潔の保持、
 - ③医療的配慮の必要なおお客様の食事及び排せつ等日常生活の世話、
 - ④褥瘡の予防、処置、
 - ⑤リハビリテーション、
 - ⑥ターミナルケア、
 - ⑦療養生活や介護方法の指導、
 - ⑧カテーテル等の管理、
 - ⑨その他医師の指示による医療処置。

第16条（ビリーブケアサポート及びサービス従事者の義務）

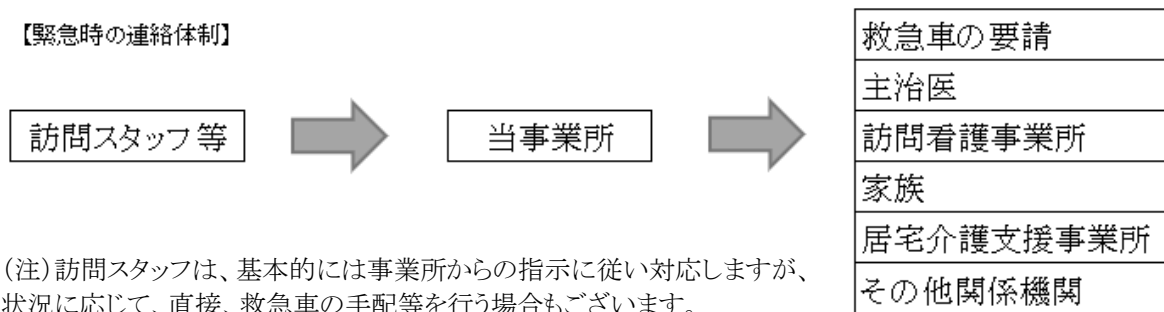
1. ビリーブケアサポート及びサービス従事者は、サービスの提供にあたってお客様の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。
2. ビリーブケアサポートは、サービス従事者の清潔保持及び健康状態について必要な管理並びに設備・備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
3. ビリーブケアサポートは、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。なお、連絡調整にあたり、ICT（情報通信技術）を活用する場合は、各種ガイドラインを遵守し適切に使用することとします。

4. ビリーブケアサポートは、お客様に対するサービスの提供内容について記録を作成し、サービス実施日の終了時ごとにお客様又はそのご家族等による確認を受けるものとします。また、作成したサービス実施記録及び訪問看護計画書は、5年間これを保存し、お客様又はその連帯保証人の請求に応じてこれを開示するものとします。
5. 運営基準や各種加算の要件等において実施が求められる会議等については、感染防止や多職種連携の促進の観点から、必要に応じて ICT（情報通信技術）を活用するものとします。
- ①お客様及びご家族が参加せず、医療・介護の関係者のみで実施する会議については、各種ガイドラインを遵守してテレビ電話等を活用して実施します。
- ②お客様及びご家族が参加して実施するものについては、各種ガイドラインの遵守に加え、お客様等の同意を得た上で、テレビ電話等を活用して実施するものとします。

第17条（緊急時及び事故発生時の対応）

1. ビリーブケアサポートは、サービス提供中又はサービスの提供により、お客様の容態に急変が生じ又は事故が発生した場合その他必要な場合には、臨時応急の手当を行うとともに、速やかに主治医への連絡を行い指示を求め、市区町村、お客様にかかる居宅介護支援事業所、ご家族等へ連絡する等必要な措置を講じるものとします。

【緊急時の連絡体制】



（注）訪問スタッフは、基本的には事業所からの指示に従い対応しますが、状況に応じて、直接、救急車の手配等を行う場合もございます。

【緊急時の連絡および対応可能時間】

当事業所の連絡先	所在地	八戸市類家5丁目27-1		
	電話番号	0178-24-5718		
	対応時間	9：00～17：00 （祝祭日、年末年始を除く月～土曜日）		
主治医の連絡先	医療機関名			
	氏名			
	電話番号			
ご家族等の連絡先	氏名		続柄	
	日中連絡先			
	夜間連絡先			

2. ビリーブケアサポートは、前項の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ものとします。
3. ビリーブケアサポートは、お客様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。

第18条（その他留意事項）

1. お客様及びそのご家族は、本契約で定められた業務以外の事項をサービス従事者に依頼することはできません。
2. サービス従事者は、主治の医師の指示がある場合にのみ、その指示に従った医療行為を行うものとします。
3. お客様の担当となるサービス従事者の選任及び変更は、お客様に適正かつ円滑にサービスを提供するため、ビリーブケアサポートが行うものとし、お客様がサービス従事者を指名することはできませんので、予めご了承ください。
4. お客様が、担当のサービス従事者の変更を希望する場合には、業務上不適当と判断される事由を明らかにして、事業所までお申し出ください。但し、業務上不適当と判断される事由が無いと判断される場合には、サービス従事者の変更を致しかねる場合があります。
5. 訪問予定時間は、交通事情等により前後することがありますので、予めご了承ください。
6. サービス提供の際の事故及びトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
 - ① サービス従事者は、現金、預金通帳、キャッシュカード、印鑑、年金証書その他有価証券等は、一切お預かりすることができませんので、予めご了承ください。
 - ② 現金や貴重品は室内に放置せず、目に見えない場所や金庫等に保管してください。
 - ③ サービス従事者に対する贈り物や飲食等のご配慮は、遠慮させていただきます。
 - ④ お客様及びそのご家族は、お客様の居宅においてサービスを実施するために必要な電気、水道又はガス等の使用を、サービス従事者に無償で許可するものとします。
 - ⑤ お客様、そのご家族及びその付添人は、道路運送法上の許認可を受けた車両を除き、ビリーブケアサポートの使用する自動車に乗車することはできません。

第19条（サービスに対する相談・苦情・要望等の窓口）

サービスに関する相談、苦情及び要望等（以下、「苦情等」とします。）については、下記の窓口にて対応致します。苦情等については真摯に受け止め、誠意を持って問題の解決に臨みます。対応内容は記録及び保存し、当該内容をお客様又はそのご家族に対して周知するものとし、常に居宅サービス事業者としてサービスの質の向上に努めます。

（1）サービス提供事業所苦情等窓口

苦情等受付担当者	当事業所の従業者
苦情等解決責任者	当事業所の管理者
受付時間	9：00～17：00（休業日を除く）
電話番号	0178-24-5718

注） 苦情対応の基本手順

- ①苦情の受付、②苦情内容の確認、③苦情等解決責任者への報告、④苦情解決に向けた対応の実施、⑤原因究明、⑥再発防止及び改善の措置、⑦苦情解決責任者への最終報告、⑧苦情申立者に対する報告

(2) ビリーブケアサポート以外の苦情等窓口

市区町村	受付窓口	八戸市役所 介護保険課
	電話番号	0 1 7 8 - 4 3 - 2 1 1 1
市区町村	受付窓口	階上町役場
	電話番号	0 1 7 8 - 8 8 - 2 1 1 1
市区町村	受付窓口	南部町役場
	電話番号	0 1 7 8 - 8 4 - 2 1 1 1
市区町村	受付番号	洋野町役場
	電話番号	0 1 9 4 - 6 5 - 2 1 1 1
市区町村	受付番号	おいらせ町役場
	電話番号	0 1 7 8 - 5 6 - 2 1 1 1
国保連等	受付窓口	青森県国民健康保険団体連合会
	電話番号	0 1 7 - 7 2 3 - 1 3 0 1

第20条（個人情報の使用等及び秘密の保持）

1. ビリーブケアサポート及びその従業者は、お客様及びそのご家族の個人情報を、次に掲げるサービス提供のために必要な範囲内において、使用、提供又は収集（以下、「使用等」とします。）させて頂くとともに、お客様及びそのご家族は、予めこれに同意するものとします。なお、個人情報の利用目的を変更する場合には、予め通知又は公表するものとします。
2. ビリーブケアサポートは、お客様及びそのご家族の個人情報に関して、お客様からの開示又は訂正の要求がある場合には、所定の方法に従い、開示または訂正するものとします。
3. ビリーブケアサポート及びその従業者は、サービスを提供するうえで知り得たお客様及びそのご家族に関する事項を、正当な理由なく第三者に漏らさないものとします。この守秘義務は、従業者退職後及び本契約終了後も同様とします。

第21条（感染症対策の強化）

1. ビリーブケアサポートは、感染防止を実践する組織的な体制を整備し、感染症発生時には感染拡大防止のため、適切な対応をとるものとします。
 - ①従業者による感染症及び感染対策に対する正しい知識習得と感染予防対策の実施
 - ②事業所内での感染対策を実践
(手洗い、研修実施、衛生用品や設備の整備など)
 - ③法人・事業所内の危機管理体制を構築
(感染対策委員会の開催、指針・マニュアル・事業継続計画作成、シミュレーションなど)
 - ④自治体等の関係機関との連携と情報共有や感染症発生時の届出等の実施
2. お客様及びご家族様は、普段の体調と比べて変化がみられる場合は、かかりつけ医や担当の介護支援専門員等に早めに相談し、必要に応じて受診してくださいますようお願いいたします。

第22条（虐待の防止）

1. ビリーブケアサポートはお客様の人権の擁護・虐待の防止等のために必要な体制を整備するとともに、法令に基づき、次に掲げる必要な措置を講じるものとします。
 - ①虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果についての従業者への周知徹底
 - ②虐待の防止のための指針を整備
 - ③従業者に対する虐待の防止のための研修の定期的な実施
 - ④虐待の防止のための措置を適切に実施するための担当者の設置

虐待防止に関する担当者	当事業所の管理者（ 村上 留美 ）
-------------	-------------------

 - ⑤成年後見人制度の利用支援
 - ⑥苦情解決体制の整備
 - ⑦その他虐待の防止のために必要な措置の実施
2. ビリーブケアサポートは、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（お客様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お客様を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

第23条（身体拘束等の禁止）

1. ビリーブケアサポートは、サービスの提供にあたり、お客様の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他お客様の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という）は行いません。
2. ビリーブケアサポートは、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際のお客様の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要なことを記録するものとします。
3. ビリーブケアサポートは、法令に基づき、身体拘束等の適正化にむけて、以下の対策をとるものとします。
 - ①身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催とその結果についての従業者への周知徹底
 - ②身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ③従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施

第24条（ハラスメント対策の強化）

1. ビリーブケアサポートは、適切なサービスの提供にあたり、職場において行われる性的な言動（いわゆる「セクシュアルハラスメント」）又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたもの（いわゆる「パワーハラスメント」）により従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化など必要な措置を講じるものとします。
2. ビリーブケアサポートは、従業者に対する適切なケア技術の習得に向けた研修、苦情に対する検証、組織的な虐待防止対策の推進等により、お客様及びご家族様が安心してサービスを受けることができるよう、サービスの質的向上に取り組むものとします。
3. ビリーブケアサポートは、お客様及びそのご家族様、関係者様からの職員への著しい迷惑行為が確認され、その改善を求めても改善されなかった場合は、サービスの中断や契約の解除をする場合がございます。

【著しい迷惑行為の例】

- ①身体的暴力：物を投げつける、唾を吐く、たたく、つねる 等
- ②精神的暴力：大声を出す、怒鳴る、業務外のサービス強要など理不尽な要求をする、無視する 等
- ③セクシャルハラスメント：必要もなく手や腕をさわる、抱きしめる、ヌードの写真を見せる 等
- ④その他：従業員の自宅の住所や電話番号を何度も聞く、ストーカー行為(つきまとい) 等

第25条（業務継続に向けた取り組みの強化）

感染症や災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等を行うとともに、定期的に計画の見直しと変更を行うものとします。

【加算に関する同意の有無】

お客様は、下記の加算に同意する場合には、「同意します」に丸印を、同意しない場合には、「同意しません」に丸印をご記入ください。

1. 介護保険適用の場合

- ・お客様は、緊急時訪問看護加算に（同意します・同意しません）。
- ・お客様は、複数名訪問加算に（同意します・同意しません）。

2. 医療保険適用の場合

- ・お客様は、24時間対応体制加算に（同意します・同意しません）。
 - ・お客様は、情報提供療養費の加算に（同意します・同意しません）。
 - ・お客様は、在宅患者連携指導加算に（同意します・同意しません）。
 - ・お客様は、複数名訪問看護加算について（同意します・同意しません）。
-

ビリーブケアサポートは、お客様又はそのご家族に対し、本サービス重要事項説明書により重要事項について説明し、お客様及びそのご家族はサービスの提供開始、重要事項について同意しました。

説明日 令和 年 月 日

<お客様>

住所 _____

氏名 _____

<代理人>

住所 _____

氏名 _____
(お客様との続柄 :)

<署名代行人>

住所 _____

氏名 _____
(お客様との続柄 :)

<サービス提供事業所>

住所 八戸市類家5-27-1

名称 ビリーブ訪問看護八戸中央 印

説明者 _____

※自署または記名押印