



契約書兼重要事項説明書

精神科訪問看護

訪問看護ステーション グレース

Grace

利用者氏名 _____様

利用開始日 令和 年 月 日

契約締結日 令和 年 月 日

〒651-2124

神戸市西区伊川谷町潤和 1803-23

TEL : 078-995-9543

FAX : 078-995-9545

管理者：佐竹 恵



目 次

1. 契約書
2. 重要事項説明書
3. サービス内容
4. 苦情・相談窓口
5. 虐待防止・身体拘束適正化・ハラスメント防止
6. 緊急時の対応
7. 事故発生時の対応
8. 感染症 災害時の対応
9. ご利用料金
10. 個人情報の取り扱い
11. 24時間対応体制
12. 説明・同意書
13. 緊急時連絡先

1. 契 約 書

訪問看護ステーション グレース（以下「事業者」という。）と利用者は、精神科訪問看護サービスの利用について、次のとおり契約を締結します。

第 1 条（契約の目的）

利用者が安心して在宅生活を継続できるよう、主治医の指示に基づき精神科訪問看護を提供します。

第 2 条（契約期間）

契約期間は契約締結日から契約終了日までとし、法令等に基づき継続します。

第 3 条（サービス内容）

サービス内容は訪問看護計画書に基づき実施し、状態に応じて見直します。

第 4 条（利用料金）

利用料金は重要事項説明書に定める料金表に基づき、利用者負担割合に応じてお支払いいただきます。

第 5 条（双方の責務）

事業者は適切なサービス提供に努め、利用者及びご家族は必要な情報提供や安全な訪問環境の確保に協力します。

第 6 条（個人情報）

個人情報は関係法令に基づき適切に管理し、サービス提供に必要な範囲で利用します。

第 7 条（契約の終了）

利用者の申し出、死亡、入院等により契約を終了する場合があります。また法令等に基づき解除することがあります。

第 8 条（苦情・事故・協議事項）

苦情には誠実に対応し、事故発生時は速やかに対応します。本契約に定めのない事項は双方誠意をもって協議します。

※ 本契約書への署名は不要です。最終ページの「説明・同意書」にて一括して署名・同意いただきます。

2. 重要事項説明書

指定訪問看護事業所(精神科訪問看護)

訪問看護ステーション グレース

1. 事業者の概要

法人名	株式会社 Grace
代表者	佐竹 恵
所在地	神戸市西区伊川谷町潤和 1803 番地 23
電話番号	078-995-9543
法人設立年月日	2019 年 12 月 3 日

2. 事業所の概要

事業所名	訪問看護ステーション グレース
所在地	〒651-2124 神戸市西区伊川谷町潤和 1803 番地 23
電話番号	078-995-9543
FAX 番号	078-995-9545
管理者	佐竹 恵
指定事業所番号	2865290437

3. 事業の目的

訪問看護ステーション グレースは、精神疾患等により療養を必要とされる利用者様に対し、医師の指示に基づいた訪問看護を提供し、住み慣れた地域やご自宅で安心して療養生活を送ることができるよう支援することを目的とします。

利用者様の人格及び意思を尊重し、ご本人やご家族の希望に寄り添った質の高い 訪問看護サービスの提供に努めます。

4. 運営方針

1. 利用者様の人格・意思を尊重し、自立した日常生活を支援します。
 2. 主治医の指示のもと、適切な精神科訪問看護を提供します。
 3. 医療機関、相談支援事業所、行政機関その他関係機関と密接に連携し、継続的な支援を行います。
 4. 個人情報適切に管理し、守秘義務を遵守します。
 5. サービスの質の向上を図るため、研修及び自己研鑽に努めます。
 6. 虐待防止、身体拘束等の適正化、感染対策、医療安全及び BCP(業務継続計画)の整備を行い、安全で安心できるサービス提供に努めます。
-

5. 営業日及び営業時間

営業日 月曜日～土曜日

休業日 日曜日及び 12/30～1/3

営業時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分

※緊急時は 24 時間対応体制により必要に応じて対応します(契約内容によります)。

6. 通常の事業実施地域

通常の事業実施地域は、神戸市西区・垂水区・須磨区・北区(一部地域)・兵庫区 長田区・明石市・三木市(一部地域)とします。

上記以外の地域については、ご相談のうえ対応可能な場合があります。

3. サービス内容

当事業所では、医師の訪問看護指示書に基づき、次のサービスを提供します。

- ・ 病状・精神状態の観察
 - ・ 服薬管理及び服薬支援
 - ・ 日常生活の援助及び助言
 - ・ 家族への支援及び相談
 - ・ 再発予防のための支援
 - ・ 医療機関・相談支援事業所等との連携
 - ・ 緊急時の対応
 - ・ その他、主治医が必要と認めた訪問看護
-

4. 苦情相談窓口

(1) 事業所窓口

訪問看護ステーション グレース

管理者: 佐竹 恵

所在地: 〒651-2124

神戸市西区伊川谷町潤和 1803 番地 23

電話番号:078-995-9543

FAX 番号:078-995-9545

受付時間:月曜日～土曜日(8時30分～17時30分)

(2)行政相談窓口

神戸市 福祉局 監査指導課

〒650-8570 神戸市中央区加納町6丁目5番1号(神戸市役所)

電話:078-322-6326

受付時間:月曜日～金曜日(祝日・年末年始を除く)

午前8時45分～午後5時30分

5.虐待防止・身体拘束適正化・ハラスメント防止

当事業所は、利用者様の尊厳及び人権を擁護し、虐待の防止、身体拘束等の適正化及びハラスメント防止に取り組み、安全で安心なサービスの提供に努めます。

- 虐待防止委員会を設置し、定期的な研修及び指導を実施します。
- やむを得ず身体拘束等を行う場合は、法令及びガイドラインに基づき、その必要性を十分に検討し、利用者様及びご家族へ説明・同意を得るとともに、適切に記録を行います。
- 職員間及び利用者様・ご家族からのハラスメントの防止に取り組み、相談・報告体制を整備します。
- 虐待、身体拘束及びハラスメントに関する相談・苦情については、速やかに事実確認を行い、適切に対応するとともに、再発防止に努めます。
- **相談窓口**
訪問看護ステーション グレース
管理者 佐竹 恵

6. 緊急時の対応

利用者様の病状の急変その他緊急事態が発生した場合は、主治医への連絡その他必要な措置を講じます。

必要に応じて、ご家族、関係機関、消防機関等へ連絡し、利用者様の安全確保を最優先に対応します。

24 時間対応体制を契約されている利用者様については、営業時間外においても契約内容に基づき対応します。

7. 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、利用者様及びご家族へ速やかに報告するとともに、必要な応急措置を講じます。

また、主治医及び関係機関へ連絡し、事故原因を検証したうえで再発防止に努めます。

当事業所の責任により損害が生じた場合は、加入している損害賠償責任保険の範囲内において誠実に対応します。

8. 感染症・災害時の対応

感染症の流行、自然災害その他やむを得ない事情により通常どおりの訪問が困難な場合は、利用者様の安全を最優先に訪問方法や訪問日時を変更する場合があります。

当事業所は業務継続計画（BCP）を策定し、継続的なサービス提供に努めます。

9. 利用料金

利用料金のお支払い方法

利用料金は、毎月 1 回ご請求いたします。

お支払い方法は次のいずれかとなります。

☐ 現金集金

☐ 口座振替

領収書は、お支払い確認後に発行いたします。

キャンセル・訪問時間・交通費

(1) キャンセル

訪問日時の変更又は中止を希望される場合は、前日の営業時間内(8 時 30 分～ 17 時 30 分)までにご連絡ください。

前日の営業時間内までにご連絡がなく、当日にキャンセルされた場合は、1 回につき 2,000 円(税込)をご負担いただきます。

訪問予定時刻に訪問し、20 分間待機しても利用者様又はご家族と連絡が取れず サービスを提供できなかった場合についても、当日キャンセルとして 2,000 円(税込)をご負担いただきます。

ただし、急な入院、病状の急変、災害その他やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

(2) 訪問時間

交通事情、緊急対応、天候等により訪問時間が前後する場合があります。

(3) 交通費

通常の事業実施地域内の訪問については、交通費はいただいております。

通常の事業実施地域外への訪問が必要となる場合は、事前にご説明し、ご同意をいただいたうえで実費相当額をご負担いただく場合があります。

10. 個人情報の取扱い

当事業所は、個人情報保護法その他関係法令を遵守し、利用者様及びご家族の 個人情報を適切に管理します。

個人情報は、訪問看護サービスの提供、医療機関・関係機関との連携その他法令で認められる範囲内で利用します。

第三者へ提供する場合は、法令に基づく場合を除き、あらかじめご本人又はご家族の同意をいただきます。

11. 24 時間対応体制について

当事業所では、24 時間対応体制加算の契約を締結された利用者様に対し、 営業時間外においても必要に応じて電話相談及び緊急訪問を行います。

緊急訪問の必要性については、病状等を踏まえ看護師が判断します。

対応時間	平日 午後 5 時半から翌朝午前 8 時半	日曜日 終
	日対応	

電話番号 080-8033-2000

12. 重要事項説明及び同意

私は、本重要事項説明書について説明を受け、その内容を理解したうえで訪問看護サービスの提供を受けることに同意します。

説明年月日: 令和 年 月 日

利用者

氏名:

電話番号:

代理人(必要な場合)

氏名:

続柄:

電話番号:

事業者

訪問看護ステーション グレース

管理者 佐竹 恵

説明者:

13. 緊急時連絡先

サービス提供にあたり、事故、体調の変化、病状の急変等が生じた場合は、ご家族様、主治医、救急医療機関、居宅介護支援事業所その他関係機関へ必要に応じて連絡いたします。

項目	記入欄
医療機関名	
主治医名	
医療機関電話番号	

緊急連絡先①

項目	記入欄
氏名	
続柄	
電話番号	

緊急連絡先②

項目	記入欄
氏名	
続柄	
電話番号	