

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている訪問看護（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致します。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。

1、訪問看護サービスを提供する事業者について

- (1) 事業者名称 プライマリケア株式会社
- (2) 代表者氏名 代表取締役 石山 満夫
- (3) 本社所在地 高松市木太町 1862-9 河村マンション 1階
(連絡先) 087-813-3515

2、ご利用者様へのサービス提供を担当する事業所について

- (1) 事業所の名称 プライマリケア訪問看護ステーション
- (2) 事業所の所在地 高松市木太町 1862-9 河村マンション 1階
- (3) 居宅サービスの種類 訪問看護 介護予防訪問看護
- (4) 介護保険指定事業者番号 香川県指定 第 3760190219
- (5) 連絡先（相談担当者名）087-813-3515 石浜 実花
- (6) 事業所の通常の事業実施区域 旧高松市内(島しょ部を除く)

3、運営規定の概要

(1) 事業の目的： この事業所が実施する事業は、利用者の心身特性を踏まえ可能な限り自立した日常生活を営むことができるようにリハビリテーションに配慮し、生活の質の向上を目指すとともに在宅療養生活が継続できるよう支援する。理学・作業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ため、状態に応じて定期的に看護師の訪問を実施する。

(2) 運営の方針：利用者が要介護状態にあっても、可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるように配慮し、利用者の選択に基づき、住み慣れた地域社会や家庭での療養が安心して行えるよう、保健・福祉・医療と協力し運営する。

(3) 職員の配置（2024年6月1日現在）

- 管理者 看護師 1名（常勤専従）
- 看護師 4名（常勤専従 1名、非常勤専従 3名）
- 准看護師 1名（非常勤専従 1名）
- 作業療法士 6名（常勤専従 2名、非常勤専従 4名）
- 理学療法士 6名（常勤専従 1名、非常勤専従 5名）
- 事務員 1名（非常勤専従 1名）

(4) 営業日および営業時間

営業日は、月、火、水、木、金とする。

午前 9時から午後 6時までとする。

ただし 8月 12日から 8月 15日及び、12月 29日から 1月 3日は休業とする。

(5) 訪問看護サービスの内容

- ①病状・障害・全身状態の観察
- ②在宅療養を継続するために必要な医師の指示による看護・リハビリテーション
- ③在宅療養生活指導および介護方法の助言

*訪問開始時間、サービス内容、担当者は変更になる場合があります。

(6) 訪問看護サービスの利用料

訪問看護サービスを提供した場合の利用料の額は、介護報酬の告示上の額とし、そのサービスが法定代理受領サービスである時は、利用料のうち各利用者の負担割合に応じた額の支払いを受けるものとする。

(7) 提供するサービスの料金について（下表は、1割の場合の1回あたりの利用料のめやすです。）

提供するサービスの料金とその利用料について（1回あたりの利用料のめやす）

| サービスの種類 | 提供時間 | 利用料 (9:00~18:00) |
|---|--------------|---------------------|
| | | 1割 |
| 訪問看護 I 2 | 30分未満 | 481円 |
| 予防訪問看護 I 2 | | 460円 |
| 訪問看護 I 3 | 30分以上 1 時間未満 | 840円 |
| 予防訪問看護 I 3 | | 811円 |
| 訪問看護 I 4 | 1時間以上 1時間半未満 | 1152円 |
| 予防訪問看護 I 4 | | 1113円 |
| 訪問看護 I 5・訪問看護 I 52超（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリ） | 40分 | 584円 |
| | 60分 | 788円 |
| 予防訪問看護 I 5、予防訪問看護 I 52超（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリ） | 40分 | 564円 |
| 12か月超/予防訪問看護 I 5、予防訪問看護 I 52超（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士によるリハビリ） | 40分 | 534円 |
| 初回加算 | / | 306円 |
| 初回加算(退院日当日・看護師) | | 357円 |
| 退院時共同指導加算 | | 613円 |
| 訪問看護処遇改善加算 | | 利用料の1.8% |
| 予防訪問看護処遇改善加算 | | 利用料の1.8% |

- ・准看護師による訪問看護については 10%減になります。
- ・キャンセル料：無料（できるだけサービス提供日の前日までにご連絡下さい）
- ・請求・支払方法：利用料は月ごとの合計金額により請求し、一括徴収させていただきます。
請求書は、利用月の翌月 15 日までに利用者宛にお届け致しますので 25 日までにお支払い下さい。
お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。
※利用料、その他の費用の支払について、支払期日から 2 ヶ月以上遅延し、さらに支払の督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことになります。

4、高齢者虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に挙げるとおり必要な措置を講じます。

- ①研修などを通じて、従業者の人権意識の向上や知識や技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- ③従業者が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

5、秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及び事業者の使用するものは、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は契約が終了した後も継続します。また、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。

※同意書を作成しております

6、緊急時の対応方法について

サービス提供中に利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者の主治医にご連絡すると共に予め指定する連絡先にも連絡します。(指定連絡先：)

7、事故発生時の対応（市町村・家族への連絡・損害賠償について）

事故発生時は速やかに利用者の家族・市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、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います。

8、苦情・相談窓口

苦情または相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行い、利用者の立場を考慮しながら事実関係の特定を慎重に行います。相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、当面及び今後の対応を決定します。対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。

| | | | |
|----------|----------------------|--------------|-----------------|
| 【事業者の窓口】 | 所長 | 石浜 | 実花 |
| | 電話 | 087-813-3515 | Fax087-813-3516 |
| 【その他】 | 高松市役所介護保険課 | 087-839-2326 | |
| | ・国民健康保険団体連合会（香川県国保連） | 087-822-7431 | |

9、契約の解約と自動終了について

(1) 利用者から行う解約措置

利用者は、契約期間中にこの契約を解約しようとする場合は、事業者に対して契約終了を希望する日の7日前までにその旨を申し出なければなりません。ただし、利用者に病状の急変、緊急の入院などのやむを得ない事情がある場合には申し出により解約することが出来ます。

(2) 事業者から行う解約措置

以下の場合、事業者は解約措置を行います。

- ・利用者がこの契約に定める利用料の支払を2ヶ月以上遅延し、文書による利用料等の支払催告の日から14日以内にその支払がなかった場合
- ・利用者またはその家族などが事業者や従業者に対して、この契約を継続しがたいほどの不信行為を行った場合

(3) 契約の自動終了

以下の場合、契約の自動終了となります。

- ・利用者が入所・概ね3か月以上入院した場合
- ・利用者の介護認定区分が自立と判定された場合
- ・利用者が死亡した場合

10、重要事項説明の年月日 年 月 日

上記内容について、「指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 37 号）」第 8 条の規定に基づき、利用者に説明・交付・同意を行いました。

□事業者

| | |
|-------|---------------------------|
| 所在地 | 高松市木太町 1862-9 河村マンション 1 階 |
| 法人名 | プライマリケア株式会社 |
| 代表者名 | 石山 満夫 |
| 事業所名 | プライマリケア訪問看護ステーション |
| 説明者氏名 | 印 |

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 | 印 |

□代理人

| | |
|----|---|
| 住所 | |
| 氏名 | 印 |