

重要事項説明書

あなた（又はあなたの家族）が利用しようと考えている定時巡回・随時対応型訪問介護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頂きたい内容を説明いたします。分からないこと、分かり難いことがあれば遠慮なく質問をして下さい。

1 定期巡回・随時対応型訪問介護看護サービスを提供する事業者について

事業者名	有限会社 ナースケア
代表者氏名	代表取締役 和田 博隆
本社所在地	高知市永国寺町 2 番 2 号 コーポ朝日 XI 3 A
連絡先	TEL : 088-802-4470 FAX : 088-802-3600

2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地

事業所 名称・所在地	【 本体 】 定期巡回ナースケア 高知市永国寺町 2 番 2 号コーポ朝日 XI2A 【サテライト】 定期巡回ナースケア サテライトいろは 高知市廿代町 15 番 31 号 【サテライト】 定期巡回ナースケア サテライトぶらす 高知市長浜 1345 番地 3
介護保険指定 事業所番号	高知市指定 3990100582
連絡先 相談担当者名	TEL : 088-855-3012 FAX : 088-855-6013 中村 美香
事業所の通常の 事業実施地域	高知市全域

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	有限会社ナースケアが設置する定期巡回ナースケア及び、定期巡回ナースケアサテライトいろは、定期巡回ナースケアサテライトぶらす（以下「事業所」という。）が行う指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護の事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護師、保健師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士（以下「看護師等」という。）及び介護福祉士、訪問介護員研修の修了者（以下「訪問介護員等」という。）が要介護状態にある高齢者又は要介護状態及び療養を受ける状態にあり、主治医が訪問看護の必要性を認めた高齢者に対し、適正な定期巡回・随時対応型訪問介護看護を提供することを目的とする。
運営方針	1 事業所が実施する事業は、要介護状態となった場合においても、その利用者が尊厳を保持し、可能な限りその居宅において、その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、定期的な巡回又は随時通報によりその者の居宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応、その他安心してその居宅において生活を送る事ができるようにするための援助を行い、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指す

	ものとする。 2 事業を実施するに当たっては、指定居宅介護支援事業所、その他保健・医療・福祉サービスを提供するものとの密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
--	---

(3) 事業所窓口の営業日、営業時間及びサービス提供時間

営 業 日	365 日
営 業 時 間	24 時間
サービス提供時間	24 時間

(4) 事業所の職員体制

事業所管理者	中村 美香			
職 種	業務内容	人員数		
		常勤（人）	非常勤（人）	合計（人）
管理者	職員管理業務等	1 名		1 名
計画作成責任者	サービス管理業務	1 名以上		1 名以上
オペレーター	随時対応サービス	10 名以上		10 名以上
随時訪問介護員	随時訪問サービス	15 名以上		15 名以上
定期訪問介護員	定期巡回サービス	15 名以上	1 名以上	16 名以上
看護師	訪問看護サービス			
理学療法士	訪問リハビリ業務			

3 提供するサービスと内容と料金及びその他の利用料について

(1) 提供するサービスの内容について

定期的な巡回又は随時通報により、ご契約者のご家庭を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介護、日常生活上の緊急時の対応その他の安心してその居宅において生活を送ることができるようにするための援助を行い、その療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を目指したサービスを提供します。

サービスの種類	サービスの内容
訪問介護	身体介護：入浴・排せつ・食事等の介護を行います。 生活援助：調理・洗濯・掃除・買物等日常生活上の援助を行います。 安否確認・健康チェック・見守りを行います。
訪問看護	・健康相談（病状観察、血圧測定等） ・日常生活の看護（清潔の世話等） ・褥瘡の予防、処置・医師の指示による医療処置（カテーテルの交換等） ・リハビリ・その他必要な看護等を提供します。

(2) 提供するサービスの料金とその利用料について ※負担割合証に応じた額となります

	定期巡回・随時対応型訪問介護看護費（Ⅰ）				定期巡回・随時対応型 訪問介護看護費（Ⅱ）	
	□《一体型》				□《連携型》	
	□介護・看護利用の場合		□介護のみ利用の場合			
	料金	利用料 ※(1割の場合)	料金	利用料 ※(1割の場合)	料金	利用料 ※(1割の場合)
□要介護 1	79,460 円	7,946 円	54,460 円	5,446 円	54,460 円	5,446 円
□要介護 2	124,130 円	12,413 円	97,200 円	9,720 円	97,200 円	9,720 円
□要介護 3	189,480 円	18,948 円	161,400 円	16,140 円	161,400 円	16,140 円
□要介護 4	233,580 円	23,358 円	204,170 円	20,417 円	204,170 円	20,417 円
□要介護 5	282,980 円	28,298 円	246,920 円	24,692 円	246,920 円	24,692 円

※訪問看護サービス利用の場合、准看護師が訪問した場合は、所定料金の 100 分の 98 の額となります。

加 算					
加算名		加算内容	料金	利用料	
緊急時訪問看護加算Ⅰ (1 月につき)		利用者の同意を得て、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	3,250 円	325 円	
特別管理加算 (1 月につき)	Ⅰ	特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態（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若しくは留置カテーテルを使用している状態）にある者に対してサービスを行う場合	5,000 円	500 円	
	Ⅱ	特別な管理を必要とする利用者として厚生労働大臣が定める状態（上記以外で、人工肛門又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等）にある者に対してサービスを行う場合	2,500 円	250 円	
ターミナルケア加算 (死亡月につき)		死亡日及び死亡日前 14 日以内に当該利用者（悪性腫瘍等厚生労働大臣が定める状態）に訪問看護サービスを行っている場合等、2 日（末期の悪性腫瘍等の場合は 1 日）以上ターミナルケアを行った場合	25,000 円	2,500 円	
初期加算（1 日につき）		サービス利用を開始した場合、及び 30 日を越える病院等へ入院の後にサービス利用を再開した場合、初日から 30 日以内の期間に限り算定	300 円	30 円	
総合マネジメント 体制強化加算Ⅰ (1 月につき)		利用者の心身の状況又はその家族等を取り巻く環境の変化に応じ、随時、関係者が協力して個別計画の見直しを行った病院、診療所その他の関係施設等に情報提供を行う等、厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所の体制加算	12,000 円	1,200 円	

サービス提供体制加算 I (1月につき)	介護福祉士実務研修終了者の占める割合等、厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所の体制加算	7,500 円	750 円
退院時共同指導加算 (1回につき)	入院・入所中の者が退院・退所するに当たり、病院等の主治医又はその他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、退院・退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合	6,000 円	600 円
口腔連携強化加算 (1月につき)	口腔の健康状態の評価を実施した場合において、利用者の同意を得て、歯科医療機関及び介護支援専門員に対し、当該評価の結果を情報提供した場合	500 円	50 円

※厚生労働大臣が定める基準に適合している事業所の加算として、総合マネジメント体制強化加算、サービス提供体制加算、介護職員等処遇改善加算 I (1月の所定単位数×24.5%)、が別途必要となります。

※通所系サービスを利用した場合は、別途算定方法により減算となり、短期入所サービスを利用した場合は、別途算定方法により日割り計算となります。

(3) その他の利用料について

その他、下記利用料につきましては、別途請求（全額自己負担）となります。

キーボックス (鍵保管箱)	キーボックスを使用する場合は、キーボックス代金として 2,000 円 (税込) 全額自己負担となります。
緊急通報装置	月々の通話料金は全額自己負担となります。 (メンテナンスの為、定期的にテスト通報を行います。 テスト通報代 1 回 20 円程度も通話料金にも含まれます。) ※基本料金につきましては、当事業所が負担します。

4 利用料の請求及び支払い方法について

利用料の請求	利用料は、利用月ごとの合計金額により請求いたします。 請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに利用者宛にお届けいたします。
利用料の支払い	請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 ・ 事業者指定口座への振込み ・ 利用者指定郵便局・高知銀行・四国銀行口座自動振替 ・ 現金支払い お支払いを確認後、領収証をお渡ししますので、必ず保管をお願いいたします。

※利用料滞納について、支払い期日から 2 月以上遅延し、さらにお支払いの督促から 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頂くことになります。

5 担当者の変更をご希望される場合の相談窓口について

利用者のご事情より、担当者の変更を希望される場合は、担当者までご相談下さい。	・ 相談担当者 中村 美香 ・ 電話番号 088-855-3012 ・ 受付日及び受付時間 月～金曜日、午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
--	---

6 秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	事業者及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族等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。
------------------------	--

個人情報の保護について	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。 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以って管理し、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。
-------------	---

7 緊急時の対応について

サービス提供中に利用者に緊急事態が発生した場合は、必要に応じて臨時応急手当を行うとともに、予め指定する主治医及びご家族等に連絡をします。

家族等の連絡先 住所及び電話番号	※個人情報使用同意書で ☒ ありの方
---------------------	--

8 合鍵の管理及び紛失した場合の対応について

合鍵の保管場所・管理については、預かり書を交わし、厳重かつ細心の注意を以って取り扱うものとします。万が一紛失した際は、直ちに管理者へ報告し、利用者及びその家族と協議の上、当法人負担により鍵衣の交換設置を行います。

9 事故発生時の対応について

事業者は、サービス提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族及び当該利用者に係る居宅介護支援事業所・市町村・地域包括支援センター等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、事故が生じた原因を解明し再発を防ぐための対策を講じます。

10 損害賠償責任について

事業者は、サービスの提供に伴って、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・精神・財産等を傷つけた場合には、その責任の範囲において利用者に対して、その損害を賠償します。

11 サービス提供に関する相談・苦情について

【事業所の窓口】 定期巡回ナースケア 担当者：中村 美香	所在地 高知市永国寺町2番2号 コーポ朝日XI2A 電話番号 088-855-3012 受付時間 8:30～17:30
【市町村の窓口】 高知市役所 介護保険課	所在地 高知市本町5丁目1-45 電話番号 088-823-9972 受付時間 8:30～17:15
【公的団体の窓口】 高知国民健康保険団体連合会	所在地 高知市丸の内2-6-5 電話番号 088-820-8410 受付時間 9:00～16:00

12 評価の実施状況

	外部評価（ ☒ 有・無）	第三者評価（有・ ☒ 無）
直近の実施日	年 月 日	評価機関名称（ 年 月 日）
開示の方法	推進会議資料として配布・保管	