

指定（介護予防）訪問看護ステーション墨染の家ほっこり

重要事項説明書

1. 事業所の概要

(1) 事業所の種類

指定訪問看護ステーション ・ 平成 30 年 4 月 5 日指定 京都府 2660990470 号
指定介護予防訪問看護ステーション ・ 平成 30 年 4 月 5 日指定 京都府 2660990470 号

(2) 事業所の目的

社会福祉法人京都老人福祉協会が運営する訪問看護ステーション墨染の家ほっこり（以下「事業所」という。）が行う指定訪問看護・指定介護予防訪問看護ステーションの事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために職員を配置し、管理運営に関する事項を定め、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問看護・指定介護予防訪問看護ステーション（以下両者を合わせて「サービス」という）を提供することを目的とする。

(3) 事業所の名称 訪問看護ステーション墨染の家ほっこり

(4) 事業所の所在地 京都市伏見区深草石橋町 18-1

(5) 電話番号 075-645-2722

(6) 当事業所の運営方針

1. 本事業所において提供する事業は、介護保険法並びに関係法令の趣旨及び内容に沿ったものとする。
2. ご利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに利用者及び家族のニーズを的確にとらえ、個別に訪問看護計画を作成することにより、利用者が必要とする適切なサービスを提供する。
3. ご利用者またはその家族に対し、サービス内容及び提供方法について分かりやすく説明する。
4. 適切な看護技術をもってサービスを提供する。
5. 常に提供したサービスの質の管理、評価を行う。
6. 居宅サービス計画にそった事業を提供する。

(7) 営業日及び営業時間

【営業日】年中無休（但し年末年始を除く） 【サービス提供時間】8時30分～17時30分

※定休日及びサービス提供時間外であっても電話等により 24 時間常時連絡可能な体制を維持しています。

2. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して訪問看護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置する。

＜主な職員の配置状況＞＊職員の配置については、
指定規準を遵守しています。

＜主な職員の勤務体制＞
8時30分～17時30分

職 種	
管理者（兼務）	1 名
看護職員（兼務含む）	2 名以上

3. サービスと利用料金及び事業提供範囲

- (1) 病状・障害の観察
- (2) 清拭・洗髪等による清潔の保持
- (3) 食事および排泄等日常生活の世話
- (4) 床ずれの予防・処置
- (5) リハビリテーション
- (6) ターミナルケア
- (7) 認知症患者の看護
- (8) 療養生活や介護方法の指導
- (9) カテーテル等の管理
- (10) その他医師の指示による医療処置

< サービス利用料金（1 回あたり） >（契約書第 8 条参照）

下記の単位表によって、ご契約者の提供時間と回数に応じたサービス利用料金（指定定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所と連携は月額定額）から介護保険給付費額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

なお、京都市の場合、地域単価は 1 単位 10.7 円です。別紙料金表も参照。

	訪問看護	予防介護訪問看護
20 分未満	314 単位	303 単位
30 分未満	471 単位	451 単位
30 分～60 分未満	823 単位	794 単位
60 分～90 分未満	1128 単位	1090 単位
理学療法士,作業療法士, 言語聴覚士の場合	294 単位	284 単位
指定定期巡回・随時対応 型訪問介護看護事業所 と連携して指定訪問看 護を行う場合	2,961 単位/月 要介護 5 の方の場 合+800 単位/月	-

- * 訪問看護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理学療法士等が行う事があります。
- * 上記のほか、加算を算定した場合に緊急時訪問看護加算（Ⅰ 600 単位/月 Ⅱ 574 単位/月）、特別管理体制加算（500 単位/月または 250 単位/月）、ターミナルケア体制加算（2000 単位/永眠月）、初回加算（Ⅰ 350 単位/初回月、Ⅱ 300 単位/初回月）、看護体制強化加算（600 単位/月または 300 単位/月）、サービス提供体制加算Ⅰ（6 単位/回あるいは 50 単位/月）、サービス提供体制加算Ⅱ（3 単位/回あるいは 25 単位/月）複数名訪問加算（2 人の看護師等が同時に訪問看護を行う場合 30 分未満 254 単位 30 分以上 402 単位、看護師等と看護補助者が同時に訪問看護を行う場合 30 分未満 201 単位 30 分以上 317 単位）等が加算されます。
- * 衛生材料（ガーゼ・綿棒・サージカルテープ等）はご利用者に負担頂きます。
- * ご家族の希望で行う死後の処置料(エンゼルケア)は実費とし、その金額は¥10,000 円(税込)とします。

○利用料金のお支払方法（契約書第 8 条参照）

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし イ. 下記指定口座への振り込み 京都銀行 墨染支店 普通預金 3902875 名義 社会福祉法人京都老人福祉協会

< 通常の事業の実施地域 >

通常の事業の実施地域は通常の事業の実施地域は伏見区全域（向島、淀、鳥羽地域を除く）です。

4. 事故発生時の対応について

契約書第 1 4 条と第 1 6 条の記載通り、事故発生時はご家族及び居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、京都府や保険者と連携しながら、誠意をもって必要な措置を講じます。

5. 緊急時の対応について

ご利用者に対するサービスの提供中に、ご利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかにご家族、主治医、居宅介護支援事業者等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、急を要する場合は、事業所の判断により、救急車両を要請するとともに、必要に応じて京都府・保険者へ連絡します。

6. 個人情報の保護

事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切に取り扱います。

事業所が取り扱う利用者及び家族等の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、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る場合は利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合は当該家族等の同意をあらかじめ文書により得ます。

7. 虐待の防止・その他

1.事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施します。
- (4) 前3号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

2.事業所は虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。

8. 相談・要望・苦情及びサービス内容等は、下記窓口まで

①当事業所へのご相談等は、以下の専用窓口で受け付けます。

受付担当者名	安藤文孝	電話	075-645-2722
相談解決者名	岡垣綾子	電話	075-645-2722
(担当者に変更があった場合は、ご連絡いたします)			

②その他、当施設以外に区役所・京都府国民健康保険団体連合会の相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

伏見区本所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話	075-611-2279
伏見区深草支所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話	075-642-3603
伏見区醍醐支所	保健福祉センター健康長寿推進課	電話	075-571-6471
国民健康保険団体連合会	介護相談係	電話	075-354-9090
京都府社会福祉協議会	運営適正化委員会	電話	075-252-2152
第三者委員	井上幸夫	電話	075-601-5390
	高橋猛	電話	090-4641-0777
	田村充子	電話	075-571-4181

9. 第三者評価の実施状況について

第三者評価最終受審日：令和5年10月27日

実施した評価機関の名称：一般社団法人 京都府介護老人保健施設協会

評価機関の開示状況：京都 介護・福祉サービス第三者評価等支援機構ホームページにて開示。

指定（介護予防）訪問看護ステーションのサービス提供の開始に際し本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業代表者

住 所

代表者名

京都市伏見区深草大亀谷東古御香町 59 番地 60 番地

社会福祉法人京都老人福祉協会 理事長 馬場 協一郎 印

説明者

指定（介護予防）訪問看護ステーション 墨染の家ほっこり

氏 名

私は、本書面に基づいて事業者より重要事項の説明を受けて、指定（介護予防）訪問看護ステーションでのサービス提供と利用料金の支払いや内容について同意し、本書面を受領しました。

利用者

住 所

氏 名

署名代行者

住 所

氏 名

(利用者との関係)

個人情報の利用に関する同意書

サービス担当国会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整などに必要な範囲において、利用者及び利用者の家族の個人情報を使用することに同意します。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____

家 族 住 所 _____
氏 名 _____
(利用者との関係) _____

家 族 住 所 _____
氏 名 _____
(利用者との関係) _____

家 族 住 所 _____
氏 名 _____
(利用者との関係) _____

利用者は身体状況等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代行者 住 所 _____
氏 名 _____
(契約者との関係) _____