

訪問看護・介護予防訪問看護重要事項説明書

1、事業所の概要

法人名	:	医療法人社団 神野医院
代表者氏名	:	理事長 神野 君夫
事業所名	:	くまのクリニック訪問看護
事業所所在地	:	〒606-8397 京都市左京区聖護院川原町33
電話番号	:	075-761-8522
FAX番号	:	075-761-8526
事業所開設日	:	平成 20 年 6月 15日
指定事業所番号	:	京都府 2610607331 号
管理者	:	松田 捷彦
サービス提供地域	:	京都市内の内、当事業所を中心に北は北山通りまで、西は堀川通り、東は北白川通り以西の左京区、東山区南は五条通りまでを提供地域とします。

※上記以外の地域の方はご相談ください。

2、事業の目的と運営方針

事業の目的

みなし指定訪問看護・介護予防訪問看護事業の適正な運営を確保するために人員及び運営管理に関する事項を定め、看護師等が要支援、要介護状態で継続して療養を受ける状態にあり、かかりつけの医師が訪問看護の必要を認めた利用者に対し、適正な訪問看護を提供することを目的とします。

運営方針

- (1) 事業所の看護師等は、利用者の心身の特性を踏まえてその居宅において、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、その療養生活を支援し、心身の維持回復を目指して支援します。
- (2) 事業の実施に当たっては、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、関係市町村、地域の保健・医療・福祉機関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します。

3、職員の体制

- (1) 管理者:1名(常勤医師と兼務)
- (2) 看護職員:1名(常勤専従)

4、営業時間及び休日

- (1) 営業時間は午前8時30分から午後5時30分(月曜日～金曜日)

(2) 休日は原則として土・日曜日と祝日、12月30日～1月3日までとします。

5、サービスの内容

- (1) 事業所は、別紙の日程により居宅サービス計画書に沿って訪問看護サービスを提供します。
- (2) サービスは主治医の指示書や利用者の状況に応じ看護計画書を作成し、これに沿って提供します。

6、サービス提供の記録等

- (1) 事業所は、1ヶ月ごとに訪問看護計画書の内容に沿って、サービス提供の状況等に関する訪問看護計画書を作成し、利用者に説明のうえ主治医と介護支援事業者に提出します。
- (2) 事業者は訪問看護のサービス記録を作成完了後2年間は適正に保管し、利用者の求めに応じて閲覧することができます。
- (3) 訪問看護のサービス記録として、訪問ごとにサービス提供の状況について記載したものをお渡しいたします。

7、サービス提供等

- (1) サービス提供の責任者は次のとおりです。

(氏名): 神野 君夫

(連絡先): 0774-38-1172

- (2) サービスについてのご相談がある場合にはどんなことでもお寄せ下さい。
- (3) サービスを提供する主な看護師は次のとおりです。

主な看護師の氏名 橋本 悦子

8、利用者負担金

- (1) 利用者の方からいただく利用者負担金は、下記の表のとおりです。

通常時間譲る訪問補看護

利用時間	通常訪問看護料金	利用者負担金(1割)
20分未満	1回 264単位	京都市 約282円
30分未満	1回 397単位	京都市 約425円
30分以上60分未満	1回 571単位	京都市 約611円
60分以上90分未満	1回 836単位	京都市 約895円

- 准看護師の場合の訪問看護費は上記金額の100分の90となり、円未満は切り捨てとなります。

※お住まいの地域により、1単位の単価が異なりますのでご了承ください。

- 初回訪問加算 300単位

特別管理加算Ⅰ	500 単位
特別管理加算Ⅱ	250 単位

● 月 1 回

(特別管理加算対象となる利用者)

在宅酸素を利用している、自己導尿をしている、人工呼吸器を使用している、気管カニューレ、留置カテーテルを使用している。人工肛門、人工膀胱を設置している、その他特別な管理を必要とする方。

(ターミナルケア加算)＊介護給付のみ

(1) 在宅において亡くなられた場合、死亡前 24 時間以内にターミナルケアを行った場合に算定します。

(ターミナルケアを行ったあと、24 時間以内に在宅で死亡した場合を含む)

(2) 上記の金額は介護保険の法定利用料に基づく金額です。厚生大臣が定める基準によるものとし、当該訪問看護が法定代理受領サービスであるときは、その 1 割負担となります。

(3) 介護保険外のサービスとなる場合サービス料の一部が制度上の支給限度額を超える場合には全額自己負担になります。又、その他費用の徴収が必要となった場合は、その都度協議して利用者等に説明し、同意を得たものに限り徴収します。

9、利用料金の支払い方法について

利用料金については、毎月末締めとし、請求書を翌月 15 日前後に利用者へ交付いたします。お支払いは、郵便自動引落・郵便振込にてお願いいたします（応相談）

10、キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用を中止する場合には、速やかに下記の連絡先までご連絡下さい。

連絡先 くまのクリニック訪問看護

TEL 075-761-8522

(2) 利用者の都合でサービスを中止する場合には、出来るだけサービス利用の 1 週間前までにご連絡下さい。（ただし、利用者の容態の急変など、やむを得ない事情がある場合はこの限りではございません）

11、事故発生時の対応方法

① 事故が発生した場合には、京都府及び市町村、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業所に対して連絡を行う等の必要な措置を講じるべきこととすると共に、当該事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

又、その対応として、当法人の共通マニュアルに従い下記の手順で対応いたします。

② 利用者の転倒、交通事故など、何らかの事故が発生したときは、利用者と職員の安全確保に努め、すぐに事故対応責任者に連絡をとります。

<注意>何らかの問題が生じたときに、それが、事故であるのかどうか判断に迷う場合には、対応

責任者まで連絡します。

- ③ 当該職員は、事故の応急処置ができた後、事故発生報告書を事故対応責任者まで提出します。
- ④ 事故対応責任者は、事故発生報告書を事業所の管理者、総括責任者に回覧して、職員に報告して指導を行います。
- ⑤ 事故対応責任者は、事故発生報告書を保管しておきます。

事故対応責任者 神野 君夫

12、要望および苦情の相談

- (1) サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

相談窓口 利用時間 : 業日の午前8時30分～午後5時30分まで

利用方法 電話 : 075-761-8522

相談・苦情対応責任 : 神野 君夫

- (2) その他公的機関においても相談・苦情の申し出が出来ます。

京都市介護保険窓口 (対応時間 月～金曜日9:00～17:00)	京都市保健福祉局 長寿福祉課 電話番号 075-251-1106 各区役所・支所福祉介護課
京都府国民健康保険連合会 (対応時間 月～金曜日9:00～17:00)	電話番号 075-354-9011

13、個人情報の取り扱いについて

事業所の提供する訪問看護サービスを受けるに当たって、利用者、その家族へ個人情報使用同意書を得た上で、医師とサービス事業者間との情報交換やサービス担当者会議等で利用者の個人情報を用的ことがあります。

<使用する目的>

利用者の為の居宅サービス計画に沿って円滑にサービス提供をする為、実施されるサービス担当者会議

介護支援専門員と事業所との連絡調整において使用します。

<条件>

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外に漏れることがないよう細心の注意を払うこととします。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこととします。

14、緊急時における対応方法

- (1) 看護師等は、訪問看護・予防訪問看護を実施中に利用者の病状に急変、その他緊急事態が生じた時は速やかに主治医に連絡し、適切な処置を行う事とします。主治医に連絡が困難な場合には、救急車等の必要な処置を行います。

緊急時 連絡先	氏名 医療機関名 所在地 電話番号	神野 君夫 医療法人社団 神野医院くまのクリニック 京都市左京区聖護院川原町33 075-761-8522
協力医療機関	医療機関の名称 院長 所在地 電話番号 診療科 入院設備 緊急指定の有無	医療法人社団貴順会 吉川病院 佐々木 健 京都市左京区聖護院山王町1 075-761-0316 内科 あり あり

(2)看護師等は、前項についてしかるべき処置をした場合は、速やかに管理者および主治医に報告を行います。

(3)また、利用者、家族緊急連絡先へ連絡いたします。

(4)利用者、家族緊急連絡先

①氏名	続柄()
住所	
TEL 携帯電話	
②氏名	続柄()
住所	
TEL 携帯電話	

【 サービス利用・個人情報使用同意書 】

令和 年 月 日

訪問看護サービスの提供に当たり、重要事項説明書に基づいて説明を行いました。

事業者 法人名 医療法人社団 神野医院

事業所名 くまのクリニック訪問看護

代表者名 理事長 神野 君夫 印

所在地 京都市左京区聖護院川原町33

説明者 印

私は事業所のサービス利用に当たり、重要事項説明書の内容について説明を受け、納得し同意しましたので受領します。

又、私(利用者及びその家族)の個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

利用者 氏名 印

住所 _____

署名代行者及び代理人 氏名 印

住所 _____