

訪問看護・介護予防訪問看護 重要事項説明書

1 主体事業者

法人名	医療法人 社団 都会
所在地	〒603-8401 京都府京都市北区大宮南田尻町59番地
電話番号	075-493-2628
代表者氏名	渡辺 康介

2 訪問看護ステーション にしがもの概要

事業所名	医療法人 社団 都会 訪問看護ステーション にしがも
所在地	〒603-8401 京都府京都市北区大宮南田尻町59番地
管理者	奥村 由香理
電話番号	075-493-2124 / FAX 075-493-5584
事業所番号	2660190071

3 事業の目的

急性期・慢性期・ターミナル期を問わず、在宅での療養を希望される利用者のご家族が、その方らしく安心して在宅で過ごしていただけるよう寄添う看護を提供することを目的とする。また、事業の実施に当たっては、地域の方や地域の医療・保健・福祉などと連携をとりサービスの提供に努めることとする。

4 サービス提供地域

サービス提供地域	京都市北区・左京区・上京区・右京区・中京区・下京区・東山区・山科区・西京区の各区全域とする。
----------	--

5 職員体制

職種	資格	常勤	備考
管理者	看護師	1名	看護職と兼務
看護職	看護師	14名	内数名同法人内兼務あり
	准看護師	0名	
	理学療法士	4名	同法人内兼務あり
	作業療法士	1名	同法人内兼務あり
	言語聴覚士	1名	同法人内兼務あり
事務員		1名	同法人内兼務あり

6 営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。
営業時間	8時30分から17時30分までとする。
緊急時	電話等により24時間365日常時連絡が可能な体制とする。また必要時は遠隔しサービスを提供する。

7 利用料金

訪問看護・訪問リハビリを提供した場合の利用料の額は、医療保険各法及び介護保険法に規定する。厚生労働大臣が定める額の支払いを利用者から受けるものとします。

8 利用料の請求及びお支払い方法

利用料の請求方法	毎月 20 日頃に前月分の請求書を送付いたします。
お支払い方法	毎月 27 日に自動引落としとさせて頂いておりますので、お手数ですが手続きをお願いいたします。
	現金でのお支払いをご希望される場合は、ご相談下さい。
領収書の発行	自動引落としの場合 →翌月の 20 日頃に送付させていただきます。 現金で持参していただいた場合 →その場でお渡しさせていただきます。

9 緊急時の対応

訪問看護・訪問リハビリ、介護予防訪問看護・介護予防訪問リハビリ実施時に利用者の方の病状等が急変した場合は応急処置を行うとともに、速やかに主治医に連絡をとり指示を求める体制をとっています。また当介護支援専門員にも速やかに連絡をとるものとします。

10 事故発生時の対応方法

当事業者職員は利用者に対する訪問看護・訪問リハビリのサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族と担当介護支援専門員に連絡を行うと共に、京都市の関係機関にも連絡を行い必要な措置を講ずるものとします。

11 個人情報および守秘義務

- ① 連携医療機関・介護施設・介護支援専門員・他サービス提供事業者と連携するために、電話・FAX・電子媒体などを用いて必要な情報を共有させていただきます。また、研修・実習機関として、研修生・実習生を同行させていただく場合もあります。
いずれも、個人情報の取り扱いには十分留意して情報共有をさせていただきます。
- ② 事業者およびサービス従事者は、サービスを提供する上で知り得た個人情報、利用者及びその家族、利用者代理人等に関する事項は守秘義務を遵守するものとします。この守秘義務は、本契約が終了した後も継続するものとします。

12 サービスご利用に際してのお願い

- ① お茶やお菓子など、お心付けはお気持ちのみお受けいたします。
- ② 訪問の際は、ペットをゲージやリードにつなぐなどの配慮をお願いします。ペットの屋外飛び出しやトラブルを防ぐ目的です。

13 ハラスメント行為の禁止

ハラスメント行為等により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービスの中止や契約を解除することもあります。

- ① パワーハラスメント
怒鳴る、叩く、蹴るなどの身体的攻撃、人格を否定するような発言をする精神的攻撃。
- ② セクシャルハラスメント
性的及び身体上の事柄に関する不必要な質問、言動。身体への接触、わいせつな行為、画像の閲覧。
- ③ カスタマーハラスメント
 - ・職員に対して行う恫喝、恐喝、土下座の要求、金銭の要求、謝罪文の要求、大きな声を上げる、物を叩く、投げつける、呼び出す、居座る、誹謗中傷などの迷惑行為の禁止。
 - ・サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載する行為の禁止。(個人情報保護法に準じて事前に職員本人の同意が必要)

14 身体拘束の適正化

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束は行いません。ただし、下記の通り、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合は事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その対応及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

- ① 緊急性：直ちに身体拘束を行わなければ、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事が考えられる場合
- ② 非代替性：身体拘束以外に、利用者又は他人の生命・身体に危険が及ぶ事を防止する事ができない場合
- ③ 一時性：利用者又は他人の生命・身体に対して危険が及ぶ事がなくなった場合は、直ちに身体拘束を解く

15、虐待防止に関する対策

人権の擁護・虐待の発生、その再発を防止するために虐待防止委員会を設置し、その結果について従業員へ周知します。ほか、指針の整備、研修を実施します。サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による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、これを市町村に通報します。

16 相談・苦情の窓口

(1) 当事業所内

担当者	奥村 由香理
TEL	075-493-2124 / FAX075-493-5584
ご利用時間	午前8:30 ~ 午後5:30 月曜日～土曜日

(2) 行政機関・その他苦情受付機関

北区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒603-8511 京都市北区紫野東御所田町 33-1
	電話	075-432-1364・1366 (直通) FAX 075-432-1590
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
左京区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒606-8511 京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町 7-2
	電話	075-702-1071 (直通) FAX 075-702-1315・1316
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
上京区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒602-0931 京都市上京区今出川通室町西入堀出シ町 285
	電話	075-441-5106・5107 (直通) FAX 075-441-0180
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
右京区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒616-8511 京都市右京区太秦下刑部町 12
	電話	075-861-1416 (直通) FAX 075-861-1340
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
中京区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒604-8588 京都市中京区西堀川通御池下る西三坊堀川町 521
	電話	075-812-2566 (直通) FAX 075-812-0072
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
下京区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒600-8588 京都市下京区西洞院通塩小路上る東塩小路町 608-8
	電話	075-371-7214 (直通) FAX 075-351-8752
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
東山区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課高齡介護保険担当	所在地	〒605-0862 京都市東山区清水5丁目 130-6
	電話	075-561-9191 (直通) FAX 075-541-8338
	受付時間	午前8時30分～午後5時00分 (土・日・祝日・年末年始は除く)

山科区 保健福祉センター健康福祉部健康長寿推進課 高齢介護保険担当	所在地	〒607-8511 京都市山科区柳辻池尻町 14-2
	電話	075-592-3290 (直通) FAX 075-592-3110
	受付時間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 00 分 (土・日・祝日・年末年始は除く)
京都府国民健康保険団体連合会介護保 課 介護管理係 相談担当	所在地	〒600-8411 京都市下京区烏丸通四条下ル水銀屋町 620 番地 COCON 烏丸内
	電話	075-354-9090 FAX 075-354-9055
	受付時間	午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 (午後 0 時～午後 1 時休憩・土・日・祝日・年末年始は除く)

○訪問看護・介護予防訪問看護の提供にあたり、利用者又はご家族に上記の重要事項を説明致しました。

令和 年 月 日
 事業者名 所在地 京都市北区大宮南田尻町 5 9 番地
 名称 医療法人 社団 都会 訪問看護ステーション にしがも
 説明者

○私は、事業者から指定訪問看護・指定介護予防訪問看護についての重要事項の説明を受け、サービスを受けること並びにその利用料を支払うことに同意します。また、関係職種との連携のため、私並びに家族の個人情報を用いることに同意し、本書面の交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____
 氏名 _____

家族もしくは代理人 住所 _____
 氏名 _____ ご関係 ()