

訪問看護、介護予防訪問看護 重要事項説明書

<令和8年4月1日現在>

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社C o l o r
代 表 者 名	代表取締役 上田 裕也
所在地・連絡先	(所在地) 京都市伏見区加賀屋町731 ノーブル伏見1階 (電 話) 075-366-9547 (FAX) 075-366-9548

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護ステーションみどり
所在地・連絡先	(所在地) 京都府京都市伏見区深草五反田町2番地15 (電 話) 075-366-9547 (FAX) 075-366-9548
事業所番号	2660990611
管理者の氏名	甲斐 基修

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区 分				職務の内容等
		常勤(人)		非常勤(人)		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1	1	0	0	0	事業所の一元管理
看護職員(看護師)	8	6	1	1	0	訪問看護の実施
看護職員(准看護師)	2	2	0	0	0	
理学療法士	2	2	0	0	0	訪問看護（リハビリ）
作業療法士	1	1	0	0	0	訪問看護（リハビリ）
言語聴覚士	1	1	0	0	0	訪問看護（リハビリ）
事務職員等	2	1	0	1	0	事務作業

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市伏見区
------------	--------

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	月曜日から土曜日までとする
営業時間	午前9：00～午後6：00

※ 営業しない日： 日曜日・祝日・12月29日～1月3日・8月13日～8月16日

サービス提供日	月曜日から土曜日までとする
サービス提供時間	午前9：00～午後6：00

※上記の営業日(時間)、サービス提供日(時間)にかかわらず24時間連絡対応が可能な体制としています。また、ターミナルケア体制、特別管理体制も充実させ、利用者様の様々なニーズに対応して参ります。詳細はご相談ください。

3 サービスの内容

サービス区分と種類	サービスの内容・手順等
1 訪問看護計画(介護予防訪問看護計画)の作成及び評価等	担当の看護職員等が、主治の医師の指示及び居宅サービス計画(介護予防サービス計画)に基づき、利用者の直面している課題等を把握し、利用者の希望を踏まえて、訪問看護計画(介護予防訪問看護計画)を作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面(サービス報告書)に記載して利用者に説明のうえ交付します。
2 訪問看護(介護予防訪問看護)の提供	訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。 具体的な訪問看護の内容 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
3 訪問看護(介護予防訪問看護)報告書の作成	訪問看護(介護予防訪問看護)の提供ごとに報告書を作成し、利用者に交付します。

4 費用

介護保険の適用がある場合は、利用者様の負担割合(負担割合証に記載)に応じた負担額となります。

なお、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、事業者へ直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1か月につき料金表の利用料金全額をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えに領収証を発行します。また、還付に必要なサービス提供証明書を発行します。

【料 金 表】

①下の利用料はすべて京都市の地域加算 10.70 を含んでいます。

②1 及び 3 の各サービス時間帯では、上段（網掛け部分）：看護師による場合、下段：准看護師による場合で表示しています。

③利用者負担額は、下記料金によらず所得に応じて 2 割又は 3 割となる場合があります。

1. 指定訪問看護（基本）

サービス提供時間数 サービス提供時間帯	20 分未満		30 分未満		30 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 30 分未満	
	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)
昼間 (8:00～18:00)	3,359	335	5,039	503	8,806	880	12,069	1,206
	3,028	302	4,536	453	7,928	792	10,860	1,086
早朝 (6:00～8:00) 夜間 (18:00～22:00) (昼間利用料の 1.25 倍)	4,198	419	6,298	629	11,007	1,100	15,086	1,508
	3,785	378	5,670	567	9,910	991	13,575	1,357
深夜 (22:00～翌 6:00) (昼間利用料の 1.5 倍)	5,038	503	7,558	755	13,209	1,320	18,103	1,810
	4,542	454	6,804	680	11,892	1,189	16,290	1,629

《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の場合》

回数 サービス提供 時間帯	20 分間 (1 回)		40 分間 (2 回)		60 分間 (3 回)		80 分間 (4 回)		100 分間 (5 回)		120 分間 (6 回)	
	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)
昼間	3,145	314	6,291	629	8,506	850	11,342	1,134	14,177	1,417	17,013	1,701
早朝・夜間	3,937	393	7,875	787	10,632	1,063	14,166	1,416	17,708	1,770	21,250	2,125
深夜	4,718	471	9,437	943	12,779	1,277	17,034	1,703	21,293	2,129	25,551	2,555

※3 回目以降は 2 回以下の場合の所定単位数の 90%となります。週に 6 回が限度です。

2. 指定訪問看護（加算）

加算	利用料	利用者負担額（1割）	算定回数等
緊急時訪問看護加算（Ⅰ） 緊急時訪問看護加算（Ⅱ） （訪問看護ステーション）	6,420 円 6,141 円	642 円 614 円	1 月に 1 回
ターミナルケア加算	26,750 円	2,675 円	死亡月に 1 回
初回加算（Ⅰ） 初回加算（Ⅱ）	3,745 円 3,210 円	374 円 321 円	初回のみ
退院時共同指導加算	6,420 円	642 円	1 回当たり
看護介護職員連携強化加算	2,675 円	267 円	1 月に 1 回
看護体制強化加算（Ⅰ）	5,885 円	588 円	1 月に 1 回
看護体制強化加算（Ⅱ）	2,140 円	214 円	1 月に 1 回
複数名訪問加算（Ⅰ） （※2人の看護師等の場合）	2,717 円	271 円	1 回当たり（30分未満）
	4,301 円	430 円	1 回当たり（30分以上）
複数名訪問加算（Ⅱ） （※看護師等と看護補助者の場合）	2,150 円	215 円	1 回当たり（30分未満）
	3,391 円	339 円	1 回当たり（30分以上）
長時間訪問看護加算	3,210 円	321 円	1 回当たり

3. 指定介護予防訪問看護（基本）

サービス提供時間数 サービス提供時間帯	20 分未満		30 分未満		30 分以上 1 時間未満		1 時間以上 1 時間 30 分未満	
	利用料 （円）	利用者負担額（円） （1 割）	利用料 （円）	利用者負担額（円） （1 割）	利用料 （円）	利用者負担額（円） （1 割）	利用料 （円）	利用者負担額（円） （1 割）
昼間（8:00～18:00）	3,231	323	4,825	482	8,495	849	11,663	1,166
	2,910	291	4,333	433	7,629	762	10,464	1,046
早朝（6:00～8:00） 夜間（18:00～22:00） （昼間利用料の 1.25 倍）	4,038	403	6,031	603	10,618	1,061	14,578	1,457
	3,637	363	5,416	541	9,536	953	13,080	1,308
深夜（22:00～翌 6:00） （昼間利用料の 1.5 倍）	4,846	484	7,237	723	12,742	1,274	17,494	1,749
	4,365	436	6,499	649	11,443	1,144	15,696	1,569

《理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の場合》

回数 サービス提供 時間帯	20 分間 (1 回)		40 分間 (2 回)		60 分間 (3 回)		80 分間 (4 回)		100 分間 (5 回)		120 分間 (6 回)	
	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)	利用料 (円)	利用者負担額 (円) (1 割)
昼間	3,028	302	6,056	605	4,558	455	6,077	607	7,597	759	9,116	911
早朝・夜間	3,785	379	7,570	757	5,697	569	7,596	759	9,496	949	11,395	1,139
深夜	4,647	464	9,084	908	6,837	683	9,115	911	11,395	1,139	13,674	1,367

※3 回目以降は 2 回以下の場合の所定単位数の 90%となります。週に 6 回が限度です。

4. 指定介護予防訪問看護（加算）

加 算	利用料	利用者負担額 (1 割)	算定回数等
緊急時訪問看護加算Ⅰ	6,420 円	642 円	1 月に 1 回
緊急時訪問看護加算Ⅱ	6,141 円	614 円	
初 回 加 算 Ⅰ	3,745 円	374 円	初回のみ
初 回 加 算 Ⅱ	3,210 円	321 円	
退院時共同指導加算	6,420 円	642 円	1 回当たり
看護体制強化加算	1,070 円	107 円	1 月に 1 回
複数名訪問加算（Ⅰ） （※2 人の看護師等の場合）	2,718 円	271 円	1 回当たり（30 分未満）
	4,301 円	430 円	1 回当たり（30 分以上）
複数名訪問加算（Ⅱ） （※看護師等と看護補助者の場合）	2,151 円	215 円	1 回当たり（30 分未満）
	3,392 円	339 円	1 回当たり（30 分以上）
長時間訪問看護加算	3,210 円	321 円	1 回当たり

※ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の訪問看護サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

※ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者様の自己負担となりますのでご相談ください。

■交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、交通費の実費が必要となります。

なお、事業所の自動車等を使用した場合は、無料です。

■その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

■キャンセル料

利用者様のご都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用日前日の午後5時までに連絡があった場合	無 料
上記以外の場合	当該サービスに係る利用者様のご負担分の全額 〔ただし、利用者負担割合が0%の場合は、当該サービス費用総額の10%に相当する額〕

■利用料等のお支払方法

毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、自動口座振替もしくは末日までに現金でお支払い下さい。お支払い時に領収証を発行します。

弊社銀行口座への振り込みによるお支払いをご希望の方は、ご相談ください。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

指定訪問看護（指定介護予防訪問看護）事業の適正な運営を確保するため、人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の看護職員等が、要介護状態（介護予防にあつては要支援状態）にある要介護者（要支援者）に対し、適正な訪問看護（介護予防訪問看護）サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとします。そして、利用者が要介護又は要支援状態となった場合においても、その利用者が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に配慮して、その療養生活を支援し、心身機能の維持回復を図るものとし、更には利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものとします。

(3) その他

従業員研修を年3回、人権擁護・虐待・身体拘束等の研修を行っています。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

(1) 苦情等相談窓口について

提供したサービス内容等について、相談や苦情を受け付けるための窓口を下表のとおり設置します。

相談窓口	所在地・電話番号等
【弊社の窓口】 訪問看護ステーションみどり 苦情相談担当者 上田 裕也	所 在 地 : 京都市伏見区加賀屋町 731 ノーブル伏見 1 階 電話番号 : 0 7 5 - 3 6 6 - 9 5 4 7 ファックス番号 : 0 7 5 - 3 6 6 - 9 5 4 8 受付時間 : 午前 9 時～午後 5 時 (月～土曜日)
【市町村（保険者）の窓口】	名称及び担当課名 : 京都市伏見区役所保健福祉センター 健康福祉部健康長 寿推進課 高齢介護保険担当 所 在 地 : 京都市伏見区鷹匠町 39-2 電話番号 : 0 7 5 - 6 1 1 - 2 2 7 8 ファックス番号 : 0 7 5 - 6 1 1 - 1 1 4 0 受付時間 : 午前 9 時～午後 5 時 (平日のみ)
	名称及び担当課名 : 京都市伏見区役所深草支所福祉部福祉介護課 所 在 地 : 京都市伏見区深草向畑町 93-1 電話番号 : 0 7 5 - 6 4 2 - 3 6 0 3 ファックス番号 : 0 7 5 - 6 4 3 - 3 2 4 0 受付時間 : 午前 9 時～午後 5 時 (平日のみ)
	名称及び担当課名 : 京都市伏見区役所醍醐支所福祉部福祉介護課 所 在 地 : 京都市伏見区醍醐大構町 28 電話番号 : 0 7 5 - 5 7 1 - 6 4 7 1 ファックス番号 : 0 7 5 - 5 7 3 - 3 7 8 5 (代表) 受付時間 : 午前 9 時～午後 5 時 (平日のみ)
【公的団体の窓口】 京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談係	所 在 地 : 京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町 620 番地 COCON 烏丸内 電話番号 : 0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 9 0 ファックス番号 : 0 7 5 - 3 5 4 - 9 0 5 5 受付時間 : 午前 9 時～午後 5 時 (平日のみ)

(2) 苦情処理の体制及び手順について

相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりです。

- ・ 苦情又は相談があった場合は、利用者様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ないます。
- ・ 相談担当者は、看護職員に事実関係の確認を行ないます。
- ・ 相談担当者は、把握した状況をもとに、事業所スタッフとともに検討を行い、時下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なうとともに、利用者様へ必ず対応方法を含めた結果報告を行ないます。（たとえ時間を要する内容もその旨を翌日までには連絡することとします。）
- ・ その他、当事業所において処理し得ない内容についても、行政窓口等の関係機関との協力により適切な対応方法を利用者様の立場に立って検討し、対処します。

7 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等へ連絡をするなどの必要な措置を講じます。

8 事故発生時等における対応方法

サービス提供中に事故が発生した場合は、必要な措置を講じるとともに、速やかに利用者様の緊急時連絡先（ご家族等）、居宅サービス計画（介護予防支援計画）を作成した居宅介護支援事業者等、京都市及び市町村に報告を行います。

9 個人情報の保護及び秘密の保持について

- ※ 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」を遵守し適切な取扱いに努めます。
- ※ 事業所が得た利用者及びその家族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、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

10 サービス利用に当たっての留意事項

サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

また、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）及び被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業所にお知らせください。

■緊急時等連絡先

緊急時連絡先 (家族等)	氏名 (続柄)	()
	住 所	
	電話番号 (携帯電話)	
主治医	病院 (診療所) 名	
	所在地	
	氏 名	
	電話番号	

当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付の上、訪問看護（介護予防訪問看護）のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

年月日： 令和 年 月 日

事業者

所在地

事業者（法人）名 株式会社C o l o r

事業所名 訪問看護ステーションみどり

事業所番号

代表者名 代表取締役 上田 裕也

印

説明者

職 名

管理者

氏 名

甲斐 基修

私は、重要事項説明書に基づいてサービス内容等に係る重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

年月日： 令和 年 月 日

利用者本人

住所

氏 名

印

(署名・法定) 代理人
(続柄)

住所

氏 名

印