

訪問看護、介護予防訪問看護 重要事項説明書

< 2026年 1月1日現在 >

1 事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社ポレジョイング
代 表 者 名	西谷 雄
所在地・連絡先	(所在地) 京都府宇治市小倉町神楽田47番地39 (電話/FAX) 0774-21-2616

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問看護リハビリステーションToday
所在地・連絡先	(所在地) 京都府宇治市小倉町神楽田47-39 (電話/FAX) 同上
事業所番号	2661290516
管理者の氏名	西谷 かがり

(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			従業者の管理及び業務の管理。
看護職員(看護師)	3	2	1			訪問看護計画書、報告書等の作成をし、指定看護等の提供。
理学療法士	3	1		2		訪問リハビリの提供。
作業療法士	1			1		訪問リハビリの提供。

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	宇治市、城陽市、久御山町、伏見区
------------	------------------

※ ご希望により例外有り。

(4) 営業日・営業時間等

営業日	平 日
営業時間	9 : 00 ~ 18 : 00

※ 営業しない日： 日曜日・12月31日～1月3日

サービス提供日	月曜日から金曜日までとする	土曜日
サービス提供時間	9 : 30 ~ 17 : 00	必要に応じて

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 訪問看護計画の作成	主治の医師の指示並びに利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画（ケアプラン）に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問看護計画を作成します。
2 訪問看護の提供	<p>訪問看護計画に基づき、訪問看護を提供します。</p> <p>具体的な訪問看護の内容</p> <p>(1) 健康状態の観察 血圧・体温・脈拍・呼吸等の測定、心身の状態</p> <p>(2) 清潔の保持 全身の保清、口腔内の保清、洗髪、手浴、足浴、爪切り、更衣、入浴・シャワー浴介助</p> <p>(3) 日常生活の世話 食生活や排泄ケア、療養環境の整備</p> <p>(4) 医療機器の管理 医療機器や器具使用者のケア</p> <p>(5) 医師の指示による医療処置 点滴注射、採血、褥瘡予防と処置、主治医の指示による処置</p> <p>(6) リハビリテーション 日常生活での移動の介助、拘縮予防</p> <p>(7) 認知症の方のケア 認知症症状に対する看護と介護相談、服薬管理、転倒等事故防止のケア</p> <p>(8) 緩和ケア</p>

	療養生活の援助・調整、痛みのコントロール、看取りの体制への相談・アドバイス、本人・家族の精神的支援 (9) ご家族への支援等 介護指導、家族の相談、精神的援助、在宅サービスや保険・福祉サービスの紹介	
3 その他	介護者	介護負担に関する相談、精神的支援 日々の生活に関する相談
	福祉用具 環境改善	住宅改修、療養環境、福祉用具導入に関する 相談

■ 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、利用者様の直面している課題等を把握し、利用者様の希望を踏まえて、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）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。

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】

■訪問看護

(地域区分 1 単位: 伏見区 10.7 円, 宇治市・城陽市 10.42 円, 久御山町 10.21 円)

※下表は宇治市・城陽市で計算。

サービス提供時間		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額 (1割の場合)
看護師 による 場合	20分未満	314単位	3272円／日	327円／日
	20分以上 30分未満	471単位	4908円／日	490円／日
	30分以上 1時間未満	823単位	8576円／日	857円／日
	1時間以上 1時間30分未満	1128単位	11754円／日	1157円／日
准看護師 による 場合	20分未満	282単位	2938円／日	293円／日
	20分以上 30分未満	424単位	4418円／日	441円／日
	30分以上 1時間未満	741単位	7721円／日	772円／日
	1時間以上 1時間30分未満	1015単位	10576円／日	1057円／日
理学療法士 による 場合	1日に2回 までの場合	294単位	3063円／日	306円／日
	1日に2回を 超えて行う場合	265単位	2761円／日	276円／日

■訪問看護加算項目

夜間（午後6時から午後10時）・ 早朝（午前6時から午前8時）の加算	上記の額に1回につき25%加算します。
深夜（午後10時から午前6時）の加算	上記の額に1回につき50%加算します。

加算項目	サービス 単位	サービス 利用料金	利用者負担額	内 容
初回加算Ⅰ	350単位	3647円／回	364円／回	退院当日
初回加算Ⅱ	300単位	3126円／回	312円／回	退院翌日以降

■介護予防訪問看護

サービス提供時間		サービス単位	サービス利用料金	利用者負担額 (1割の場合)
看護師 による 場合	20分未満	303単位	3157円／日	315円／日
	20分以上 30分未満	451単位	4699円／日	469円／日
	30分以上 1時間未満	794単位	8273円／日	827円／日
	1時間以上 1時間30分未満	1090単位	11358円／日	1135円／日
准看護師 による 場合	20分未満	273単位	2845円／日	284円／日
	20分以上 30分未満	406単位	4231円／日	423円／日
	30分以上 1時間未満	715単位	7450円／日	745円／日
	1時間以上 1時間30分未満	981単位	10222円／日	1022円／日
理学療法士 による場合	1回につき	284単位	2959円／日	295円／日

■介護予防訪問看護加算項目

加算項目	サービス 単位	サービス 利用料金	利用者負担額	内 容
初回加算Ⅰ	350単位	3647／回	364円／回	退院当日
初回加算Ⅱ	300単位	3126円／回	312円／回	退院翌日以降

※ 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。

※他、加算項目については添付資料をご参照下さい。

■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、自動車等を使用した場合は、次の交通費をいただきます。

通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5km未満	250円
通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道5km以上	500円
通常の事業の実施地域を越えた地点から、片道10km以上	750円

■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。また、死後の処置料 15,000（税別）、時間外加算 3,000 円/30 分（税別）等、詳細は別紙をご参照下さい。

■キャンセル料

利用者様の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。

利用日の朝 9 時までに連絡があった場合	無 料
利用日のご自宅到着前までに連絡があった場合	1 提供当りの料金の 利用者負担額
利用日のご自宅到着までに連絡がなかった場合	8, 0 0 0 円

■利用料等のお支払方法

毎月、25 日までに前月分の請求をいたしますので、25 日までに下記口座に振り込んで下さい。入金確認後、領収証を発行します。

現金支払い等支払い方法については、ご相談ください。

GM0 あおぞらネット銀行 法人第二営業部支店 普通預金口座（口座番号 1872021） 口座名義 カ）ポレジョイング

5 事業所の特色等

（１）事業の目的

株式会社ポレジョイングが開設する指定訪問看護事業所

「訪問看護リハビリステーション Today」が行う指定訪問看護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、事業所の訪問看護職員等が、要介護状態にある要介護者に対し、適正な訪問看護サービスを提供することを目的とする。

（２）運営方針

- ・ 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。
- ・ 指定訪問看護事業所の従業者と利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ可能な限りそのご自宅において自立した日常生活を営むことができるよう訪問看護計画を作成し、計画に沿って、日常生活動作の維持、回復、生活を図るとともに、生活の質を重視し生活全般にわたる在宅療養ができる様に援助を行います。
- ・ 地域との結びつきを重視し、関係市町村、居宅介護支援事業者、地域包括支援センター及び他の居宅サービス事業者並びにその他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

(3) その他

従業員研修を年2回、虐待防止や疾患、実技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。

当事業所 相談窓口	窓口責任者 西谷かがり 受付時間 9:00～17:00 連絡先 電話/FAX 0774-21-2616 面接（当事業所相談室） 苦情箱 郵便ポスト兼用
宇治市役所 介護保険課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:00 電話番号：0774-20-8731（直通）
城陽市役所 高齢介護課	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：0774-56-4032（直通）
久御山町役場	受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:15 電話番号：075-631-6111（代表）
京都市伏見区役所 介護保険相談窓口	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：075-611-5353（直通）
京都府 国民健康保険団体連合会	受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：075-354-9090

(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。

○苦情や相談があった場合利用者の状況を詳細に把握する為、必要に応じて訪問を実施します。

○管理者は訪問看護員やセラピストに事実確認を行います。

○相談担当者は把握した状況を職員間で検討を行い、対応を決定します。

○対応に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者への対応方法を対応方法を含めた結果報告を行います。

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、市町村及び京都府に報告を行います。

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ドライン」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。

11 サービスの第三者評価の実施状況について 無し

■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： 年 月 日

事 業 者 所 在 地 京都府宇治市小倉町神楽田 47-39
 事業者(法人)名 株式会社ポレジョイング
 事業所名 訪問看護リハビリステーション Today
 事業所番号 2661290516
 代表者名 西谷 雄

印

説 明 者 職 名
 氏 名

印

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： 年 月 日

利用者本人 住 所
 氏 名

印

(署名・法定)代理人 住 所
 (続柄) 氏 名

印