

重要事項説明書

令和6年6月1日現在

1. 当事者の概要

(1) 事業所の概要

事業者（法人）の名称	ウェルグリーン株式会社
所在地	東京都品川区南大井2丁目9番2号
代表者（職名・氏名）	代表取締役 鷲澤 祐太
連絡先	電話番号：03-3298-3685

(2) 事業者（法人）の概要

事業所名	ケアウィル訪問看護ステーション
所在地	東京都品川区南大井2丁目9番2号
連絡先	電話：03-3298-3685 ファックス：03-3298-4784
管理者名	工藤 めぐみ
介護保険指定番号	1360990590
ステーション番号	7493513
サービス種類	介護予防訪問看護・訪問看護
サービス提供地域	品川区、大田区、目黒区、港区とする。 ただし、 大田区は大森北一～六丁目、大森西一～七丁目、大森中一～三丁目、山王一～四丁目、 南馬込一～六丁目、北馬込一丁目二丁目、西馬込一丁目二丁目、中馬込一～三丁目、 東馬込一丁目二丁目、上池台一～五丁目、仲池上一丁目二丁目、北千束一～三丁目、 南千束一～三丁目のみとする。 目黒区は下目黒一～六丁目、目黒本町一～六丁目、原町一丁目二丁目のみとする。 港区は港南一～五丁目、芝浦一～四丁目、高輪一～四丁目、三田一～五丁目、白金台一～五丁目、 白金一～六丁目のみとする。

※サービス提供地域について、提供地域以外の方はご相談ください。

(3) 営業時間

平日	午前9：00 ～ 午後18：00
定休日	土曜日、日曜日、祝日、年末年始（12月29日～1月3日）
※ただし、営業時間外でも緊急時の対応は致します。	

(4) 職員体制

	常勤	非常勤	計	業務内容
管理者	1名	0名	1名	従事者の管理及び業務の一元的な管理
看護師(正看護師)	3名	0名	3名	訪問看護サービスの提供
看護師(准看護師)	0名	0名	0名	訪問看護サービスの提供
理学療法士	2名	0名	2名	訪問リハビリテーションサービスの提供
作業療法士	0名	0名	0名	訪問リハビリテーションサービスの提供
言語聴覚士	0名	0名	0名	訪問リハビリテーションサービスの提供
事務担当 職員	1名	0名	1名	一般事務及び請求事務等

2. 当事業所の連絡窓口（相談・苦情・キャンセル連絡など）

TEL：03-3298-3685

担当部署：ケアウィル訪問看護ステーション

担当者：松本 高志郎（マツモト コウシロウ）

受付時間：9：00～18：00

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談については各市区町村でも受付けております。

《その他の相談窓口》

窓口名称：品川区高齢者福祉課

電話番号：03-5742-6728 受付時間：平日 8：30～17：15

窓口名称：大田区福祉部介護保険課管理担当

電話番号：03-5744-1359 受付時間：平日 8：30～17：15

窓口名称：港区介護事業支援係

電話番号：03-3578-2881 受付時間：平日 8：30～17：15

窓口名称：目黒区介護保険介護保険管理係

電話番号：03-5722-9574 受付時間：平日 8：30～17：00

窓口名称：東京都国民健康保険団体連合会

電話番号：03-6238-0177 受付時間：平日 9：00～17：00

3. 事業の目的・運営方針

（1）目的

訪問看護のサービスを提供し、居宅においてご利用者様がより自立した日常生活を営むことができるように、支援することを目的にサービスを提供します。

（2）運営方針

ご利用者様の心身状態に応じた適切な訪問看護のサービスを提供します。サービス提供にあたっては、ご利用者様の立場に立って行います。また、より良いサービス提供の為、従事者の確保・教育・指導に努め、ご利用者様の主体性を尊重し、地域の保健医療・福祉など関係機関との連携により、総合的な訪問看護のサービス提供に努めます。

4. サービス提供内容

訪問看護は、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士または言語聴覚士（以下「訪問看護職員」といいます。）が、そのお宅を訪問して療養上の世話や診療の補助を行うことにより、利用者の療養生活を支援し、心身の機能の維持回復を図るサービスです。

- 健康状態のアセスメント
- 日常生活の支援
- 心理的な支援
- 家族等介護者の相談・助言
- 医療的ケア
- 病状悪化の防止（予防的看護）
- 入退院時の支援
- 社会資源の活用支援
- 認知症者の看護
- 精神障がい者の看護
- リハビリテーション
- 重症心身障がい児者の看護
- エンドオブライフケア など

5. 利用料金

別紙の料金表参照

6. 交通費

介護保険による訪問看護を利用される場合、サービス提供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、及び医療保険、自費による訪問看護を利用される場合は交通費がかかります。

7. サービスの変更・追加

- (1) サービス利用の変更・追加の希望があった場合、医師や居宅介護支援専門員と協議が必要となります。訪問看護師等の稼働状況により利用者の希望する日時にサービスの提供ができない場合、ほかの利用可能日時を利用者に提示して協議します。
- (2) 訪問日時についてはご契約時に提示させていただきます。なお容態急変、天候、交通状況等により、時間が前後する場合がございます。その際は可能な限りご連絡致します。

8. 支払方法

以下のお支払方法を選択して頂きます。

- (1) 現金での料金のお支払方法

事業所は、当月利用金額の合計額請求書を翌月20日までに利用者に交付します。

担当看護師訪問時に現金にて利用料の支払いを受け、利用者に対し領収書を発行します。

- (2) 口座振替での料金のお支払方法

事前に指定を受けた口座より翌月26日(土日祝日の場合は翌営業日)に口座振替をし、翌訪問日に利用者に対し領収書を発行します。

※通帳の印字は「ケアイルホン」となります。なお左記の前後にSMCCと記載があります。

9. 医療費控除について

訪問看護サービスは医療費控除の対象となりますので確定申告で申告できます。

領収書は大切に保管くださるようお願いいたします。領収書の再発行は原則対応し兼ねます。

10. キャンセル

キャンセルが必要となった場合は、前日までのご連絡をお願いしております。

ただし、やむを得ない事情がある場合はその限りではありません。

11. 事故発生時及び緊急時の対応について

- (1) 事業者は、利用者に対する訪問看護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生した場合は、利用者の家族、主治医、居宅介護支援事業者、市町村等に対して連絡等を行うとともに、当該事故の状況及び事故に際してとった処置について記録のうえ、事後原因を解明して再度の発生を防ぐための対策を講じます。
- (2) サービス提供時中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行うなどの必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

12. 損害賠償

事業者は、利用者に対する訪問看護サービスの提供にあたって、万が一事故が発生し利用者や利用者の家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者や利用者の家族に損害を賠償します。但し、利用者や利用者の家族に重大な過失がある場合は、賠償額を減ずることができます。

13. 感染症などの対応、及び衛生管理等について

ご本人・家族の方が発症された場合は速やかにご連絡ください。スタッフにより媒介を防ぐ目的で訪問を控えさせていただく、または訪問日時を調整させていただく場合があります。スタッフの発症については代わりの者が訪問させていただく場合やキャンセルさせていただく場合がありますのでご了承ください。

- (1) 看護職員の清潔の保持及び健康状態について、年1回以上の健康診断の受診など、必要な管理を行います。
- (2) 指定訪問看護事業所の設備及び備品について、衛生的な管理に努めます。

14. 災害発生時の対応について

2. 事業者は万が一災害が発生した時に備えて業務継続計画（BCP）を作成し、従業者に対して定期的な研修を実施する等の措置を講ずることで、サービスの中断を最小限に抑えるよう努めます。しかしながら、大規模な自然災害等が発生した場合、予定されている訪問ができなくなる場合がございます。その場合は事業者からお知らせ、ご相談等させていただきます。

15. 虐待防止のための措置

事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

16. 介護保険法等の改正について

国の定める「介護給付費（介護報酬）」および「指定居宅サービスなどの事業の人員、設備及び運営に関する基準」などの改正があった場合、当社の料金体系及び人員、設備および運営に関する基準は国が定める「介護給付費（介護報酬）および「指定居宅サービスなどの事業に人員、設備および運営に関する基準」などに準拠するものとします。

17. 理学療法士等による訪問看護について

理学療法士等による訪問看護は、その訪問が看護業務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訪問させるものです。つきましては、概ね3ヶ月に1回程度は当該事業所の看護職員による訪問により、利用者の状態の適切な評価を行います。

18. その他

定期的、もしくは随時、保険証や医療受給者証などを確認させていただきます。なお、内容に変更が生じた場合は、必ずお知らせ下さい。

利用者のサービス開始に当たり、担当者_____より、上記の通り重要事項を説明しました。

【事業者】 ウェルグリーン株式会社

住 所：東京都品川区南大井2丁目9番2号

代 表 取 締 役：鷺澤 祐太

印

令和 年 月 日

【ご利用者】

氏 名_____印

【代理人】住 所_____

氏 名_____印（続柄 _____）

署名代行理由：