

重要事項説明書（訪問看護・介護予防 訪問看護）

令和 6 年 5 月 1 日現在

1. 事業者の概要

名称	株式会社フレアス
所在地	山梨県中巨摩郡昭和町西条 1514 番地
電話番号	03-6632-9210
代表者氏名	代表取締役 澤登 拓
設立年月	2002 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

事業所の名称	フレアス訪問看護ステーション板橋西台
事業の種類	訪問看護・介護予防訪問看護
事業所の所在地	東京都板橋区西台三丁目 1 番 14 号
事業所の電話番号	03-6906-8448（営業時間外、緊急時の場合も同じ）
管理者	檜垣 奈美
サービスの提供地域	板橋区
営業日・営業時間	月曜～日曜 8 時 30 分～17 時 30 分
サービス提供時間	年中無休 24 時間
事業所番号	1361990771
併設サービス事業所	フレアスヘルパーステーション板橋西台（訪問介護/第 1 号訪問事業）
運営方針	(介護予防)訪問看護を提供することにより、生活の質を確保し、健康管理及び日常生活活動の維持・回復を図るとともに、在宅医療を推進し、快適な在宅療養を行います。
自己評価の実施状況	なし
第三者評価の実施状況	なし
職員への研修の実施状況	採用時研修 採用後 3 カ月以内 継続研修 年 1 回

3. 事業所の職員体制

		常勤（人）		非常勤（人）		合計員数 (常勤換算)	職務の内容
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者		0	1	0	0	0.5	所属職員を指揮・監督し、適切な事業の運営が行われるように統括します。
訪問看護員	保健師	0	0	0	0	0	(介護予防)訪問看護計画書及び報告書を作成し（准看護師を除く）、(介護予防)訪問看護を担当します。訪問看護師のうち 1 名は管理者を兼務します。
	看護師	2	7	0	5	7.0	
	准看護師	0	0	0	0	0	
	理学療法士	0	0	0	0	0	
		0	0	0	0	0	

4. サービスの内容

自宅で療養される方が安心して療養生活を送れるように、主治医の指示により当訪問看護ステーションの看護師等が定期的に訪問し、必要な処置を行い、在宅療養の援助を行います。また、必要に応じて理学療法士や作業療法士が訪問し、リハビリ治療を行います。

5. 事業所の特色等

- (1) 事業の目的
- 介護保険法に基づいて、家庭において寝たきり又はこれに準ずる状態及び継続して療養を受ける高齢者に対して、利用者の状況に応じて適切な看護を提供し、その人に応じた日常生活、望まれる生き方ができるような在宅療養ができるように支援することを目的とします。
- (2) (介護予防)訪問看護計画の作成及び事後評価
- 看護師が、利用者の直面している課題等を評価し、主治医の指示及び利用者の希望を踏まえて、(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。
- (3) デジタル技術を活用した質の高い医療の提供
- 居宅同意取得型オンライン資格確認等のシステムにより、利用者の診療情報・薬剤情報を取得・活用して、訪問看護の実施に関する計画的な管理を行い、質の高い医療の提供を行います。
6. 利用料金
- (1) 介護保険給付対象サービス利用者負担額
- サービスに要した費用の原則 1 割～ 3 割相当。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担になります。※利用者負担額の目安は、別表のとおりです。
- (2) 医療保険給付対象サービス利用者負担額
- 医療保険対象サービス費用については、医療保険証に記載のある割合の費用負担となります。※利用者負担額の目安は、別表のとおりです。国が定めた公費等に該当する手帳をお持ちの方についてはお申し出ください。
- (3) 保険給付対象外サービス
- 下記内容については、実費負担となります。詳細は別表のとおりです。
- ・保険給付対象外サービス ・交通費 ・死後の処置料（エンゼルケア） ・キャンセル料
- (4) その他
- 利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、利用者にご負担いただきます。
- (5) 支払方法
- 上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月 2 0 日までに請求しますので、翌月 2 7 日までにお支払いください。支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

	令和	年	月	日
（説明をした者）				
訪問看護等の利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。				
株式会社フレアス	フレアス訪問看護ステーション板橋西台		氏名：	管理者 檜垣 奈美
（説明を受けた者）				
本書面により、訪問看護等の重要な事項について、事業者から説明を受け、同意しました。				
【利用者】				
住所：				
氏名：				印
【代理人または立会人等】				
住所：				
氏名：				印
				続柄：