

重要事項説明書

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 accon
主たる事務所の所在地	〒440-0831 豊橋市西岩田二丁目 10 番地 11
代表者（職名・氏名）	代表取締役 渥美 裕司
設立年月日	令和 4 年 9 月 2 1 日
電話番号	TEL：0532-63-2531 FAX：0532-54-8663

2. 事業所の概要

ご利用事業所の名称	訪問看護ステーション リリーフナース	
サービスの種類	訪問看護・介護予防訪問看護	
事業所の所在地	〒440-0083 豊橋市下地町字操穴 45 プラザビル 太和マンション 2 階 Q-2 号室	
電話番号	TEL：0532-54-8662 FAX：0532-54-8663	
指定年月日・事業所番号	令和 5 年 4 月 1 日指定	2362090512
管理者の氏名	渥美 勝子	
通常の事業の実施地域	豊橋市、豊川市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービス又は介護予防サービスを提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

訪問看護又は介護予防訪問看護は、病状が安定期にある利用者について、保健師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士(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必要な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。

5. 営業日時

営業日	月曜日から日曜日まで
営業時間	午前9時から午後6時まで

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数	従業者の職種	勤務の形態・人数
看護師	常勤 2人 非常勤 1人	理学療法士	常勤 0人 非常勤 0人
准看護師	常勤 0人 非常勤 0人	作業療法士	常勤 0人 非常勤 0人
保健師	常勤 0人 非常勤 0人	言語聴覚士	常勤 0人 非常勤 0人

7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の管理責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管 理 者 渥美 勝子
----------	-------------

8. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は次項のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割(一定以上の所得のある方は2割又は3割)の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

訪問看護ステーション リリーフナース 料金表

令和 6 年 6 月 1 日現在

1. 介護保険利用時

●基本料金(概算)

	営業時間内	単位	掛け率(円)	基本 料金	介護保険適用時の 自己負担分
要介護者への 看護師の訪問	① 20 分未満	314	10.21	3,205	左記基本料金の1割～3割
	② 30 分未満	471	10.21	4,808	
	③ 30 分以上1 時間未満	823	10.21	8,402	
	④ 1 時間以上1 時間半未満	1,128	10.21	11,516	
要支援者への 看護師の訪問	① 20 分未満	303	10.21	3,093	
	② 30 分未満	451	10.21	4,604	
	③ 30 分以上1 時間未満	794	10.21	8,106	
	④ 1 時間以上1 時間半未満	1,090	10.21	11,128	
初回加算(Ⅰ)		350	10.21	3,573	
初回加算(Ⅱ)		300	10.21	3,063	
退院時共同指導加算		600	10.21	6,126	
緊急時訪問看護加算(Ⅱ)		574	10.21	5,860	
特別管理加算(Ⅰ)		500	10.21	5,105	
特別管理加算(Ⅱ)		250	10.21	2,552	
ターミナルケア加算		2,500	10.21	25,525	
長時間訪問看護加算		300	10.21	3,063	
複数名訪問 看護加算Ⅰ	① 30分未満	254	10.21	2,593	
	② 30分以上	402	10.21	4,104	
複数名訪問 看護加算Ⅱ	① 30分未満	201	10.21	2,052	
	② 30分以上	317	10.21	3,236	

※准看護師訪問の場合は、基本料金が9割になります。

●営業時間外の場合(基本料金に対して)

早朝(午前6時～午前8時)	25%増し
夜間(午後6時～午後10時)	25%増し
深夜(午後10時～午前6時)	50%増し

※介護保険からの給付サービスを利用する場合には、基本料金の1割～3割が目安です。

※介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は、全額自己負担となります。

※緊急時訪問看護加算をご契約の方は、24時間対応致します。

※上記料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなくケアプランに定められた目安の時間を基準とします。

※医療保険でのご利用は、疾病が限られていますので初回でご相談させていただきます。

2. 医療保険利用時

●基本料金

訪問看護基本療養費	週3日まで(1日1回につき)	5,550 円
	4日目以降(1日1回につき)	6,550 円
訪問看護管理療養費	月の初日	7,440 円
	2～16日目まで	3,000 円

※准看護師訪問の場合は、基本料金が9割になります。

※基本料金に対して	社会保険・国民健康保険	: 1割,3割負担
	他、各種医療保険	: 負担割合分
	後期高齢者医療被保険	: 負担割合分
	各種、公費負担医療費受給者証	: 負担なし

●病状によっては、以下の料金が加算されます。

重症者管理加算	2,500 円	5,000 円
複数名訪問看護加算	4,500 円	1日に2回 9,000 円
難病等複数回訪問加算	1日に2回 4,500 円	1日に3回以上 8,000 円
退院時共同指導加算	8,000 円	
ターミナルケア療養費	25,000 円	10,000 円

●利用者のご希望により契約された場合、下記の費用が加算されます。

24時間対応加算	6,400 円/月
----------	-----------

3. キャンセル料

※サービス利用日の前日まで 無料

※サービス利用日の当日 通常料金を請求します。

※但し、利用者様の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

4. 交通費

※実施地域にお住まいの方の交通費は無料です。

※それ以外の地域にお住まいの方は、実施地域を越える地点から片道 5 kmまでは無料
片道 5 km以上は、1 km 増すごとに 100 円ずつ加算

5. その他の利用料

※死後の処置 : 30,000 円(税込み)

6. お支払方法

※当月のご利用請求書は翌月 10 日頃にお渡しいたします。

※翌月末日までに口座振り込み又は現金にてお支払お願い致します。

9. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、必要に応じて臨時応急の手当てを行うとともに、速やかに下記の主治医、緊急連絡先、救急隊等へ連絡を行い必要な措置を講じます。

10. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員（又は地域包括支援センター）及び市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 苦情相談窓口

- (1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

事業所相談窓口	電話番号 0532-54-8662 FAX 0532-54-8663
	面接場所 当事業所の相談室 午前 9 時～午後 6 時

- (2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	東三河広域連合 介護保険課	電話番号 0532-26-8470・8471 F A X 0532-26-8475 平日：午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分
	愛知県国民健康保 険団体連合会 苦情処理相談窓口	電話番号 052-971-4165 F A X 052-962-8870 平日：午前 9 時～午後 5 時

1 2. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) サービス提供の際、訪問看護職員は次の業務を行うことができませんのであらかじめご了解ください。

● 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い

(2) 訪問看護職員に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者 所在地 豊橋市西岩田二丁目 10 番地 11
事業者（法人名）株式会社 accon
代表者 代表取締役 渥美 裕司
説明者

印

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。
また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者 住所
氏名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住所
本人との続柄
氏名

印

立会人 住所
氏名

印