

重要事項説明書

(訪問介護サービス)

1. サービスの内容

- (1) 要介護状態にあるご本人が、その居宅（自宅）において介護福祉士その他政令で定めた者により行なわれる、入浴、排せつ、食事等の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、ご本人の心身機能の維持・回復を図り、ご本人の生活機能の維持又は向上を目指すサービスである指定訪問介護サービスを提供することを目的とします。
- (2) 株式会社 My Nursing（以下「My Nursing」という）は、ご本人の心身機能、環境状況等を踏まえて、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、介護保険以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、ご本人のできることはご本人が行うことを基本としたサービス提供に努めます。
- (3) 訪問介護の利用申込みから、サービス提供までの基本的な流れです。
 - ①重要事項説明書を交付し、説明を行い、同意を頂きます。
 - ②ご本人の状態把握・課題分析を致します。（介護保険被保険者証等の確認）
 - ③訪問介護計画原案を作成し、ご本人又はご家族等に説明し、同意を頂きます。
 - ④契約を締結します。
 - ⑤同意いただいた訪問介護計画に基づきサービスが計画的に提供されます。
 - ⑥サービス提供責任者は、訪問介護計画作成後においても、ご本人及びご家族、介護支援専門員との連絡を継続的に行い、訪問介護計画の実施状況を把握します。適宜訪問することにより、ご本人の課題把握・分析を行い、必要と判断した場合は、介護支援専門員と連携をはかり、ご本人の同意をもって、訪問介護計画を変更します。
 - ⑦作成・変更した訪問介護計画書の写しを介護支援専門員に提供します。
- (4) サービス内容の詳細については、適切なアセスメントによりご本人の希望を確認したうえで計画書を作成し、実施します。
- (5) My Nursing は、指定の時間帯において次の【サービス内容区分】の中から選択されたサービスを提供します。

【サービス内容区分】

＜生活援助＞	
1. 掃除	5. 配膳・下膳
2. 洗濯	6. 買物
3. ベッドメイク	7. 薬の受け取り
4. 調理	8. その他の家事 ()
＜身体介護＞	
9. 排泄介助 (トイレ)	23. 身体整容
10. 排泄介助 (ポータブル)	24. 更衣介助
11. 排泄介助 (尿器/便器)	25. ベッドメイク (介助含)
12. 排泄介助 (おむつ)	26. 体位交換
13. 食事介助	27. 移乗・移動介助
14. 水分補給	28. 外出介助 (通院)
15. 服薬介助	29. 外出介助 (買い物)
16. 口腔ケア	30. 外出介助 (その他)
17. 調理 (専門的配慮有)	31. 起床介助
18. 清拭	32. 就寝介助
19. 手浴・足浴	33. 自立生活支援・重度化防止のための 見守りの援助
20. 洗髪	34. その他の介助 ()
21. 全身浴・シャワー浴	
22. 洗面介助	

2. サービス提供について

(1) My Nursing は、適切なアセスメントに基づいて作成された訪問介護計画書に沿ったサービス提供を行います。

(2) サービス提供を行う訪問介護員は、My Nursing が選出を行います。

(3) サービス提供を行う訪問介護員の指名・指定は承っておりません。

(4) My Nursing が、アセスメントに基づいて作成した訪問介護計画書に沿ったサービスを安定的かつ継続的に行う為に必要と判断した場合、複数名の訪問介護員によるサービス提供を行います

3. サービス提供の記録等

(1) サービスを提供した際には、あらかじめ定めた「訪問介護記録書」に必要事項を記入して、ご本人の確認を受けることとします。確認を受けた後、その控えをご本人に交付します。

(2) My Nursing は、前記の「訪問介護記録書」の記録を訪問介護サービス完結の日から5年間は適正に保管し、ご本人の求めに応じて閲覧に供し、又は実費負担 (1枚10円) によりその写しを交付します。

4. サービス提供の責任者等

サービス提供の責任者（管理者・サービス提供責任者等）は、次のとおりです。尚、サービスについてご相談やご不満がある場合には、どんなことでもお寄せ下さい。

氏名： _____ 電話： 077-526-7720

5. 利用者負担金

(1) 利用料

介護保険からの介護給付サービスを利用する場合の利用者負担金は、原則として基本料金（別紙利用料金表）の1割、2割または3割です。この金額は、介護保険の法定利用料に基づく金額です。ただし、介護保険の支給限度額の範囲を超えたサービスや、介護保険の給付対象外のサービス利用は、全額自己負担となります。

また、要介護認定区分が自立と判定した方など何らかの理由にて介護保険の給付を受けない方については全額自己負担となります。

(2) 交通費

通常サービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、通常サービスを提供する地域を超えた地点よりご利用者宅までの片道1kmあたり15円が必要です（1km未満は切上にて計算）。（8.（1）参照）

(3) 支払方法

ご利用者は下記の支払方法からいずれかひとつを選択し、当月1日から末日までの合計額を、翌月末日までに、その選択した方法にてご利用者様負担金等の料金を支払います。なお、原則、現金のお取り扱いは致しません。

※サービス利用料金は【訪問介護計画書】に準ずるものとします。

※口座名義はいずれも「株式会社 My Nursing」です。

①口座自動引き落とし

My Nursingは翌月の27日頃にご利用者の口座から自動引き落としをします。

引き落としの手数料はMy Nursingが負担します。

※口座自動引き落としの手続きに関しては日数を要するため、手続き完了までの間は振込をお願いする場合があります。

なお、振込期日を過ぎて入金され、且つ口座自動引き落としの手続きが完了した場合には、口座からも引き落としがされてしまいますので、ご注意ください。

その場合には、後日、My Nursingから返金致します。

②銀行振込

ご本人は料金の合計額を翌月末日までに下記口座に振込送金して支払います。

振込手数料はご利用者が負担します。

滋賀銀行 大垣支店 普通預金口座（口座番号 274240）

(4) サービスの終了

ご本人が決められた日を2か月経過しても利用者負担金の支払をせず、My Nursingからの催促にもかかわらず、催促日から2週間経過しても、依然として、利用者負担

金の支払がなされない場合、My Nursing は契約を解除し、サービス提供を終了します。

6. キャンセル

- (1) ご本人がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに次の連絡先（又は前記のサービス提供の責任者）までご連絡ください。

名称：悠ライフ草津店 電話：077-526-7720

- (2) サービス提供予定は、介護支援専門員からの提供票に基づいて作成しております。ご本人の都合によるサービス中止の連絡が無く、訪問介護員が訪問した場合は、下記の表の通りキャンセル料を申し受ける事になりますので、ご了承下さい。
- (3) ご本人の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用日前日の午後6：00までに、ご連絡ください。当日のキャンセルにつきましては、下記の表の通りキャンセル料を申し受けることになりますので、ご了承ください。
- （上記6.（2）については、ご利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）

時 期	キャンセル料
・ サービス利用日の前日午後6：00まで	無 料
・ サービス利用日の当日 ・ サービス利用日前日の午後6：00以降	基本料金の10%
・ 訪問時不在の場合 ・ キャンセルのご連絡が無いまま、サービスにお伺いした場合	基本料金の20%

※ご本人またはご家族による度重なるサービスのキャンセルがある場合には、My Nursing は文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除する場合があります。ただし、ご本人の容態の急変など緊急止むを得ない事情がある場合は除きます。

7. その他

- (1) ご本人が訪問介護員の交代を希望される場合には、できる限り対応しますので前記のサービス提供の責任者までご相談ください。但し、ご本人都合による度重なる訪問介護員の交代希望につきましては、サービス提供の継続が困難となり、契約終了となる場合がございます事をご了承ください。
- (2) サービス提供を行う訪問介護員は、My Nursing にて選出を行うものとし、ご本人にて指名・指定できるものではありません。
- (3) サービス提供の際の事故やトラブルを避けるため、次の事項にご留意ください。
- ①訪問介護員は、医療行為や年金等の金銭の取り扱いは致しかねますので、ご了承ください。但し、生活援助として行う買物等に伴う少額の金銭の取り扱いは可能です。
- ②訪問介護員は、介護保険制度上、ご本人の介護や家事の準備等を行うこととされて

います。ご家族の方への食事の準備など、それ以外の業務については介護保険外のサービスとなりますので、ご了承ください。

③訪問介護員に対する贈り物や飲食等のもてなしは、ご遠慮させていただきます。

④My Nursingは安定したサービス提供のために、複数名の訪問介護員によりサービスを提供いたします。

⑤サービスを担当するまたは担当したことがある訪問介護員との間において、直接に介護保険外の自費サービスの提供を目的とする契約を締結することはできません。

(4) 事業所内にて忘れ物を発見し、その所有者が判明したときは、My Nursingは当該所有者に速やかに連絡を行うと共にその指示を求めます。なお、その指示により、忘れ物を発送する場合の費用は所有者のご負担と致します。また、所有者の指示が無い場合または所有が判明しないときは、発見日を含め7日間保管し、その後最寄りの警察署に届けます。なお、忘れ物が飲食物、新聞、雑誌の場合は、即日処分致します。

8. 訪問介護ステーション悠ライフ草津の概要

(1) 事業所名および所在地

事業所名	訪問介護ステーション悠ライフ草津
所在地	滋賀県草津市草津町1532-1
電話番号	077-526-7720
ファックス番号	077-526-7721
介護保険指定番号	2570602025
営業時間	午前9:00～午後6:00
休日	無休
サービス提供時間帯	24時間
サービスを提供する地域	草津市、大津市(旧大津市)、栗東市

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

※サービス提供時間帯により料金が異なります。ご本人負担の利用料金は「訪問介護計画書」に準じます。

※事業所の電話受付時間(営業時間)は、午前9:00～午後6:00となっております。サービスの提供時間帯とは異なります。

(2) 同事業所の職員体制

(2025年1月現在)

	資格	常勤	非常勤	計
管理責任者	介護福祉士	1名(0)	0名(0)	1名(0)
サービス提供責任者	看護師	1名(1)	0名(0)	1名(1)
事務職員		0名(0)	0名(0)	0名(0)
訪問介護職員	介護支援専門員	0名(0)	0名(0)	0名(0)
	介護福祉士	4名(0)	0名(0)	6名(0)
	実務者研修修了者	0名(0)	0名(0)	0名(0)
	初任者研修修了者	1名(1)	0名(0)	1名(1)
	ヘルパー1級修了者	0名(0)	0名(0)	0名(0)
	ヘルパー2級修了者	0名(0)	0名(0)	0名(0)
	看護師	1名(1)	1名(0)	2名(1)

※ () 内は男性再掲

9. 株式会社 My Nursing の概要

(2025年1月現在)

名称・法人種別	株式会社 My Nursing	
代表者役職・氏名	代表取締役 松尾 将典	
本社所在地 電話番号・ファックス番号	岐阜県岐阜市月ノ会町一丁目12番地30 電話番号 077-526-7720 ファックス番号 077-526-7721	
事業所数	訪問介護事業所	10カ所
	サービス付高齢者向け住宅運営事業	3カ所

【 サービス利用のために 】

事項	有無	備考
男性ヘルパーの有無	有	
従業員への研修の実施	有	定期的に従業員研修を実施しています
サービスマニュアル	有	
第三者評価の実施状況	無	

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業所等への連絡をいたします。サービス提供時以外で緊急を要する場合は、下記までご連絡ください。(午前9:00～午後6:00)

担当者： _____ 電話 077-526-7720

11. 事故発生時の対応

ご本人に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、速やかにご家族、主治

医または関係医療機関、区市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について事故報告書を作成し、その内容を社長に報告した後、社内に公表し再発防止に努めます。事故報告書は訪問介護サービス契約終了後5年間保管することとします。また、サービスの提供にともなって、My Nursingの責めに帰すべき事由により、ご本人の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、適正な賠償義務の履行を誠実にを行うこととします。

1 2. 高齢者虐待防止について

事業者は、利用者様等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する担当者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	
-------------	--

(2) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従業員に周知徹底を図っています。

(3) 虐待防止のための指針の整備をしています。

(4) 従業員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。

(5) サービス提供中に、当該事業所の従業員又は養護者（現に利用者様を養護しているご家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者様を発見した場合は、速やかに、これを市町に通報します。

1 3. サービス内容に関する苦情

苦情があった場合は、ご本人の状況を把握するために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。把握した内容をもとに検討を行ない、今後の対応を決定します。必要に応じて関係者への連絡調整を行ない、ご本人に対して対応方法や結果の報告を行ないます。

(1) 当社お客さま相談・苦情担当

苦情・相談窓口；株式会社 My Nursing 苦情係 電話 077-526-7720

(2) その他

当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

区市町村名	担当	電話番号
草津市	介護保険課	077-561-2369
大津市	介護保険課	077-528-2753
守山市	介護保険課	077-582-1127
栗東市	長寿福祉課	077-551-0281
滋賀県国保連	介護サービス苦情相談	077-510-6605

14. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり
	① なし		

15. 指定居宅サービスにおける個人情報の取り扱い基準の遵守について

〔平成11.3.31.厚令三十七に基づく〕

- (1) 個人情報の収集は、介護関係ならびに関連事業のサービス提供前に、利用目的の範囲を説明し、同意を頂いた上で収集いたします。
- (2) 個人情報の利用は、訪問介護サービス契約書第8条2項にて、同意を頂きました利用目的の達成に必要な範囲内において、適正に使用いたします。
- (3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。同意・依頼の下で、個人情報の提供、預託を行う場合においても、提供・預託先に適正に管理するよう、監督を行って参ります。

16. 災害発生時の対応について

災害発生時は、その希望や被害状況により通常の業務を行えない可能性があります。災害時の情報、災害状況を把握し安全を確保したうえで、利用者様の安否確認や支援、主治医や関係機関との連携、必要時の訪問を行います。

17. 衛生管理等

- (1) 介護士等の清潔保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- (2) 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- (3) 事業所において感染症が発生し、または蔓延しないように、次に挙げる措置を講じます。
 - ①事業所における感染症及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね半年に1回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します
 - ②事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための指針を整備しています
 - ② 従業者に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的実施します

18. 業務継続計画の策定等について

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者様に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し当該事業継続計画に従って必要な措置を講じます。
- (2) 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

(3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

19. サービス提供の記録

- (1) 指定訪問介護の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用料等を、サービス提供の終了時に利用者様の確認を受けることとします。
- (2) 指定訪問介護の実施ごとに、サービス提供の記録を行うこととし、その記録はサービスを提供した日から5年間保存します。
- (3) 利用者様は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

20. 身体拘束等の適正化の推進

介護士等は緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者様の行動を制限する行為を行いません。やむを得ず行う場合には利用者様、ご家族様から同意を得て、その態様及び時間、利用者の心身状況並びに緊急やむを得ない理由等必要な事項を記録します。

21. 利用者様へのお願い

- (1) サービス利用の際には、介護保険被保険者証と居宅介護支援事業者が交付するサービス利用票を提示してください。
- (2) ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。
- (3) 見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に管理者の同意を受けてください。

22. サービス利用にあたっての禁止事項について

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- (3) サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断でSNS等に掲載すること。

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

訪問介護サービス利用にあたり、ご本人に対して、訪問介護サービス契約書および本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業者	所在地	岐阜県岐阜市月ノ会町一丁目 12 番地 30
	法人名	株式会社 My Nursing
	代表者名	代表取締役 松尾 将典 印
	事業所名	訪問介護ステーション悠ライフ草津
	説明者氏名	

私は、本書面により、訪問介護ステーション悠ライフ草津から訪問介護サービスについての重要事項説明を受け、個人情報の取り扱いについても十分に理解し、同意の上交付を受けました。

ご本人	住所	
	氏名	印

ご家族 または 代理人	(ご家族・代理人・その他) * 該当するご関係に○をつけて下記に具体的にご記入下さい	
	ご利用者との 関係・続柄	
	住所	
	氏名	印

別紙

【利用料金表】通常時間帯（午前8：00～午後6：00）

地域区分別1単位10.70円（5級地）

類型	ご利用時間	単位数	基本料金 特定事業所加算 (Ⅰ Ⅱ Ⅲ Ⅳ) ■あり □なし	利用者負担金		
				1割負担の 場合	2割負担の 場合	3割負担の 場合
身体 介護	20分未満	163	1,744円	175円	350円	525円
	20分以上 30分未満	244	2,610円	261円	522円	783円
	30分以上 1時間未満	387	4,140円	414円	828円	1,242円
	1時間以上 1時間30分未満	567	6,066円	607円	1,214円	1,821円
	1時間30分以上 (30分増すごとに)	82	877円を追加	88円を追加	176円を追加	264円を追加
	身体介護に引き続 いて生活援助をご 利用になる場合 (※1)	65	(20分以上) 695円を追加	(20分以上) 70円を追加	(20分以上) 140円を追加	(20分以上) 210円を追加
130		(45分以上70分未満) 1,391円を追加	(45分以上70分 未満) 140円を追加	(45分以上70分 未満) 280円を追加	(45分以上70分 未満) 420円を追加	
195		(70分以上) 2,086円を追加	(70分以上) 209円を追加	(70分以上) 418円を追加	(70分以上) 627円を追加	
生活 援助	20分以上 45分未満	179	1,915円	192円	384円	576円
	45分以上	220	2,354円	236円	472円	708円

※2021年9月末までは、所定単位数に0.1%を乗じた金額となります。

加算・減算（適用される加算・減算に関して□に✓が入っています）

		単位数	1割負担の場合	2割負担の場合	3割負担の場合	
■	緊急訪問介護加算(※2)	1回につき	100	107円	214円	321円
■	初回加算(※3)	1月につき	200	214円	428円	642円
□	生活機能向上連携加算(Ⅰ) (※4)	1月につき	100	107円	214円	321円
□	生活機能向上連携加算(Ⅱ) (※4)	1月につき	200	214円	428円	642円
□	同一建物減算Ⅰ(10%)(※5)	所定単位数 ×90%	基本料金から (基本料金×0.9 ※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本料金×0.8 ※端数切り捨て) を引いた金額	基本料金から (基本料金×0.7 ※端数切り捨て) を引いた金額	
■	同一建物減算Ⅲ(12%)(※5)	所定単位数 ×88%				
■	処遇改善加算(Ⅰ)(※6)	所定単位数 ×24.5%				
□	認知症ケア専門加算(Ⅰ)(※8)	3単位/日	4円	7円	10円	
□	認知症ケア専門加算(Ⅱ)(※9)	4単位/日	5円	9円	13円	

(※1) 身体介護サービスに引き続いて生活援助サービスをご利用いただく場合、算定基準時間あたりの計算となります。なおその場合には、必要な水準の生活援助サービスを提供するよう、My Nursing とご利用者で相談しながら決めます。

(※2) ご本人やそのご家族等からの要請を受けて、介護支援専門員が必要と認め、居宅サービス計画にない訪問介護(身体介護)を提供した場合に加算されます。

(※3) 新規に訪問介護計画を作成したご利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が自ら訪問

介護を行う場合、又は他の訪問介護員等に同行した場合には加算されます。過去2ヶ月間サービスの提供を受けていない場合も該当します。

- (※4) 下記4点のうち(1)(2)を実施している場合には1か月あたり上記表の(I)の金額を、(3)(4)を実施している場合には(II)の金額を加算します。
- (1) 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けることができる体制を構築し、助言を受けた上で、サービス提供責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護計画を作成(変更)する。
- (2) 当該理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師は、通所リハビリテーション等のサービス提供の場において、又はICTを活用した動画等により、利用者の状態を把握した上で助言を行う。
- (3) 訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーションを実施している事業所又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(原則として許可病床数200床未満のものに限る。)の理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・医師が利用者宅を訪問し身体状況等の評価(生活機能アセスメント)を共同で行う。
- (4) 計画作成責任者が生活機能の向上を目的とした訪問介護看護計画を作成する。
- (※5) 事業所と同一敷地内または隣接する敷地内の建物に居住するご利用者、あるいは上記以外の建物に居住するご利用者が1か月あたり20名以上の場合、所定単位数の10%の単位が、1か月あたり50名以上の場合、所定単位数の15%の単位が減算されます。
- (※6) 介護職員の処遇改善の取組として、所定総単位数の13.7%の単位が加算されます。
- (※7) 介護職員の処遇改善の取組として、※6の処遇改善加算を取得し、厚生労働省の定める職場環境要件に関し複数の取組を行っていることや、介護サービス情報公表制度を活用し、処遇改善加算に基づく取組について公表していることなどを条件に加算されます。
なお、特定事業所(I)または(II)を取得している場合は6.3%の単位が加算され、それ以外の場合は4.2%の単位が加算されます。
- ※8) 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が利用者の100分の50以上である場合、次の条件を満たすことで加算されます。
- (1) 認知症介護実践リーダー研修修了者を認知症高齢者の日常生活自立度Ⅲ以上の者が20名未満の場合は1名以上、20名以上の場合は1に、当該対象者の数が19を超えて10又は端数を増すごとに1を加えて得た数以上配置し、専門的な認知症ケアを実施する。
- (2) 当該事業所の従業員に対して、認知症ケアに関する留意事項の伝達又は技術的指導に係る会議を定期的で開催する。
- (※9) 認知症ケア加算(I)の要件を満たし、かつ、認知症介護指導者養成研修修了者を1名以上配置し、事業所全体の認知症ケアの指導等を実施します。また、介護、看護職員ごとの認知症ケアに関する研修計画を作成し、実施又は実施を予定している場合に加算されます。
- 1 基本料金に対して、早朝(午前6:00~午前8:00)・夜間帯(午後6:00~午後10:00)は25%増し、深夜帯(午後10:00~午前6:00)は50%増しとなります。
- 2 上記の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、ご利用者の居宅サービス計画に定められた目安の時間を基準とします。
- 3 やむを得ない事情で、かつ、ご利用者の同意を得て2人で訪問した場合は、2人分の料金となります。
- 4 介護保険適用の場合でも介護保険料の滞納などにより、保険給付金が直接My Nursingに支払われない場合があります。その場合は一旦介護保険適用外の場合の料金を頂きます。後日、区市町村の窓口へMy Nursingの発行するサービス提供証明書を提出すると差額の払戻しを受けることができます。

説明年月日	年 月 日
-------	-------

訪問介護サービス利用にあたり、ご本人に対して、重要な事項について説明をしました。

事業者	所在地	岐阜県岐阜市月ノ会町一丁目 12 番地 30
	法人名	株式会社 My Nursing
	代表者名	代表取締役 松尾 将典 印
	事業所名	訪問介護ステーション悠ライフ草津
	説明者氏名	

私は、本書面により、訪問介護ステーション悠ライフ草津から訪問介護サービスについての説明を受け、同意しました。

ご本人	住所	
	氏名	印
ご家族 または 代理人	ご本人との関係・続柄（ご家族・代理人・その他） 上記該当するご関係に○をつけて、右記に具体的にご記入下さい。（ ）	
	住所	
	氏名	印

<参考> 利用料計算式 単位数×10.70（地域加算 5級地）＝基本料金（1円未満切捨）

基本料金－（基本料金×0.9〔1円未満切捨〕）＝ご利用者負担額（1割負担）

基本料金－（基本料金×0.8〔1円未満切捨〕）＝ご利用者負担額（2割負担）

基本料金－（基本料金×0.7〔1円未満切捨〕）＝ご利用者負担額（3割負担）

