

「指定介護予防訪問介護」重要事項説明書

有明ヘルパーステーション

当事業所は福岡県から介護保険の指定を受けています。
(福岡県指定事業者番号) 別表示
(第4072000286号)

当事業所はご契約者（三者契約においては以下「ご利用者」と読み替える）に対して指定介護予防訪問介護サービスを提供します。事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださいを次の通り説明します。

- ※ 当サービスの利用は、原則として「要支援」と認定された方が対象となります。要支援認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。
- ※ ご利用者が介護保険法等関連法令に規定する介護予防・日常生活支援総合事業（以下「総合事業」という）を利用する場合には、本契約に「介護予防サービス」とあるのは「総合事業サービス」、「介護予防支援」とあるのは「予防ケアマネジメント」と読み替え、「要支援」とあるのは「チェックリストによる事業対象者も含む」こととします。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	2
4. 職員の体制	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6. サービスの利用に関する留意事項	6
7. 苦情の受付について	8
8. 身体拘束の廃止について	9
9. 高齢者虐待防止について	9

1. 事業者

- (1) 法人名 日本医療サービス株式会社
- (2) 法人所在地 東京都港区南青山1丁目24番地1号
- (3) 電話番号 03-3475-6608

- (4) 代表者氏名 代表取締役 石塚 康雄
 (5) 設立年月 昭和50年5月8日

2. 事業所の概要

- (1) 種類 指定介護予防訪問介護事業所・平成18年4月1日指定
 介護保険事業所番号 福岡県第4072000286号
- (2) 目的 要支援状態にある高齢者等に対し、必要な日常生活上の世話を行うことにより、高齢者等の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持、並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図ることを目的とする。
- (3) 名称 有明ヘルパーステーション
- (4) 所在地 福岡県大川市大字榎津160番地1
- (5) 電話番号 0944-89-5663
- (6) 管理者氏名 早井 太一
- (7) 運営方針 事業所の訪問介護員等は、利用者の心身の特性を踏まえ、その有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護、その他生活全般にわたる援助を行う。事業の実施に当たっては、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、総合的なサービスの提供に努めるものとする。
- (8) 開設年月日 平成13年8月1日
- (9) 他の業務 **【訪問介護】** 平成13年8月1日指定

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の実業の実施地域 大川市、久留米市城島町、三潞郡大木町、柳川市
 みやま市瀬高町
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
受付時間	月曜日～土曜日 8時30分～17時30分
サービス提供時間	月曜日～日曜日 24時間

4. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定介護予防訪問介護サービス及び指定訪問介護サービス、指定介護予防・日常生活支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職 種		人 数
1. 管理者		1名
2. サービス提供責任者（訪問介護員兼務）		2名
3. 訪問介護員		5名
	（1）介護福祉士	3名
	（2）訪問介護員 1級養成研修課程 修了者	0名
	（3）訪問介護員 2級養成研修課程 修了者	2名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者のご家庭に訪問し、サービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

（1）利用料金が介護保険から給付される場合
（2）利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

があります。

（1）介護保険の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分（ご利用者の介護負担割合証の割合に応じた額）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

○ 身体介護
入浴・排泄・食事等の介護を行います。
○ 生活援助
調理・洗濯・掃除・買い物等、日常生活上の支援を行います。
※ 上記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

※ サービスの実施頻度は、介護予防サービス計画（ケアプラン）において、以下の支給区分が位置づけられ、1週間あたりのサービス提供頻度が示されます。これを踏まえ、介護予防訪問介護計画において具体的な実施日、1回あたりの時間数や実施内容等を定めます。

支 給 区 分		1週間あたりのサービス提供回数
介護予防	（Ⅰ）	おおむね1回
	（Ⅱ）	おおむね2回
訪問介護費	（Ⅲ）	おおむね3回以上

- ※ ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス計画（ケアプラン）がある場合には、それを踏まえた介護予防訪問介護計画に定められます。ただし、ご契約者の状態の変化、介護予防サービス計画に位置づけられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ※ ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防訪問介護計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援事業者と調整の上、支給区分の変更、介護予防サービス計画の変更又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等、必要な支援を行います。

① 身体介護

○ 入浴介助

…入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などします。

○ 排泄介助

…排泄の介助、おむつ交換を行います。

○ 食事介助

…食事の介助を行います。

○ 体位変換

…体位の変換を行います。

○ 通院介助

…通院の介助を行います。

② 生活援助

- ※ 介護予防訪問介護サービスは、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。
そのため、下記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

○ 調理

…ご契約者の食事の用意を行います。

（ご家族分の調理は行いません。）

○ 洗濯

…ご契約者の衣類等の洗濯を行います。

（ご家族分の洗濯は行いません。）

○ 掃除

…ご契約者の居室の掃除を行います。

（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）

○ 買い物

…ご契約者の日常生活に必要な物品の買い物をを行います。

（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）

<サービス利用料金> (契約書第8条参照、三者契約の場合は第9条参照)

※ 利用料金は1ヶ月ごとの定額制です。介護予防サービス計画において位置づけられた支給区分によって次のとおりとなります。

※ ご契約者の体調不良や状態の改善等により、介護予防訪問介護計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は介護予防訪問介護計画に定めた期日より多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。

(自己負担金は介護保険負担割合が1割の場合)

支給区分	介護予防訪問介護費		
	(Ⅰ) (おおむね週1回)	(Ⅱ) (おおむね週2回)	(Ⅲ) (おおむね週3回以上)
1. 利用料金	11,760円	23,490円	37,270円
2. 介護職員処遇改善加算 (上記費用の1000分の137)	1,610円	3,220円	5,110円
3. 特定処遇改善加算 (所定単位数の1000分の63)	740円	1,480円	2,350円
3. ベースアップ支援等加算 (上記費用の1000分の24)	280円	560円	890円
3. 介護保険から給付される 金額	12,951円	25,875円	41,058円
4. 自己負担額	1,439円	2,875円	4,562円

※ 月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり、月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算を行いません。

- 一 月の途中に要介護から要支援に変更となった場合
- 二 月の途中に要支援から要介護に変更となった場合
- 三 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合

※ 月の途中で要支援度に変更となった場合には、日割り計算により、それぞれの単価に基づいて利用料を計算します。

※ ご契約者がまだ要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要支援認定を受けた後、自己負担額を除く全額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、介護予防サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご契約者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※ 介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

- (2) 介護保険の給付対象とならないサービス（契約書第5条、第8条参照、
三者契約の場合は第5条、第9条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

- 介護保険給付の支給限度額を超える介護予防訪問介護サービス

介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、支給限度額を超えた額の全額がご契約者の負担となります。

経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

- (3) 交通費（契約書第8条参照、三者契約の場合は第9条参照）

通常の事業実施地域以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合に、サービス提供に際し、要した交通費について料金をいただきます。

- (4) 利用料金のお支払い方法（契約書第8条参照、三者契約の場合は第9条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し請求しますので、指定の方法にて指定の期日までにお支払いください。

- (5) 利用の中止、変更（契約書第9条参照、三者契約の場合は第10条参照）

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスの利用を中止、変更することができます。この場合には、サービスの実施日の前日までに事業所に申し出てください。

○ サービス利用の変更の申し出に対して、訪問介護員の稼働状況によりご契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご契約者に提示して協議します。

6. サービスの利用に関する留意事項

- (1) サービス提供を行う訪問介護員

サービス提供時に、担当の訪問介護員を決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービスを提供します。

- (2) 訪問介護員の交替（契約書第6条参照、三者契約の場合は第7条参照）

- ① ご契約者からの交替の申し出

選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交替を希望する理由を明らかにして、事業所に対して訪問介護員の交替を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指名はできません。

② 事業者からの訪問介護員の交替

事業所の都合により、訪問介護員を交替することがあります。訪問介護員を交替する場合は、ご契約者及びその家族等に対して、サービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮するものとします。

(3) サービス実施時の留意事項（契約書第7条参照、三者契約の場合は第8条参照）

① 定められた業務以外の禁止

ご契約者は「5. 当事業所が提供するサービス」で定められたサービス以外の業務を事業所に依頼することはできません。

② 介護予防訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業所が行います。ただし、事業所はサービスの実施にあたってご契約者の事情・意向等に十分に配慮するものとします。

③ 備品等の使用

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気含む）は無償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用させていただきます。

(4) 訪問介護員の禁止行為（契約書第13条参照、三者契約の場合は第14条参照）

訪問介護員は、ご契約者に対するサービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- 医療行為
- ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
- ご契約者の家族等に対するサービスの提供
- 飲酒及びご契約者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙
- ご契約者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- その他ご契約者もしくはその家族等に対する迷惑行為

(5) サービス提供責任者

サービス提供責任者は利用者からのサービス利用申し込みに関する調整や介護予防訪問介護計画の作成などをはじめ、次のような業務を担当します。利用にあたって疑問点やご心配な点があったり、サービス内容を変更したい時には、サービス提供責任者にお気軽にお尋ねください。担当の訪問介護員に直接お話しくださってもかまいません。

<サービス提供責任者の業務>

- ① サービスの利用の申し込みに関する調整
- ② 利用者の状態の変化やサービスに関する意向の定期的な把握
- ③ 介護予防支援事業者等との連携（サービス担当者会議への出席など）
- ④ 訪問介護員への援助目標、援助内容に関する指示
- ⑤ 訪問介護員の業務の実施状況の把握
- ⑥ 訪問介護員の業務管理
- ⑦ 訪問介護員の研修、技術指導
- ⑧ その他サービスの内容の管理に関する必要な業務

(6) 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者の体調に急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかに主治医、救急隊への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者ご家族への連絡を行います。

緊急連絡先	8:30～17:30	有明ヘルパーステーション (0944) 89-5663
	17:30～翌8:30	ケアサポートハウス大川 (0944) 89-5660

7. 苦情の受付について（契約書第22条参照、三者契約の場合は第23条参照）

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口（担当者）	早井 太一
電話番号	0944-89-5663
受付日時	毎週月曜日～土曜日 8時30分～17時30分

(2) 苦情解決の方法

当事業所では、苦情解決責任者（管理者）を選定し、利用者等から苦情の申し出があれば、速やかに苦情処理委員会を開催し、誠意をもってその解決に努めます。

(3) 行政機関その他苦情受付機関

大川市役所 健康課 介護保険係	所在地 電話番号 FAX番号	大川市大字酒見256番地1 0944-85-5522 0944-86-8464
福岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課	所在地 電話番号 FAX番号	福岡市博多区吉塚本町13番地47号 092-642-7859 092-642-7857
（利用者の管轄保険者） 大川市役所 健康課 介護保険係	所在地 電話番号 FAX番号	大川市大字酒見256番地1 0944-85-5522 0944-86-8464
（利用者の管轄保険者） 福岡県介護保険広域連合 柳川・大木・広川支部	所在地 電話番号 FAX番号	柳川市三橋町正行431番地 0944-75-6301 0944-75-6340
（利用者の管轄保険者） 久留米市役所 健康福祉部介護保険課	所在地 電話番号 FAX番号	久留米市城南町15番地3 0942-30-9205 0942-36-6845

8. 身体拘束の防止について（契約書第23条参照、 三者契約の場合は第24条参照）

当事業所はご契約者に対して、原則身体拘束は行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられる場合は、ご契約者及びその家族に対し説明し同意を得たうえで、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時・理由及び様態等についての記録を行います。（別紙の緊急やむを得ない場合の身体拘束に関する説明と同意書を参照）

緊 急 性	直ちに身体拘束を行わなければ、ご契約者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
非 代 替 性	身体拘束以外に、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。
一 時 性	ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

9. 高齢者虐待防止について（契約書第24条参照、 三者契約の場合は第25条参照）

当事業所はご契約者の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

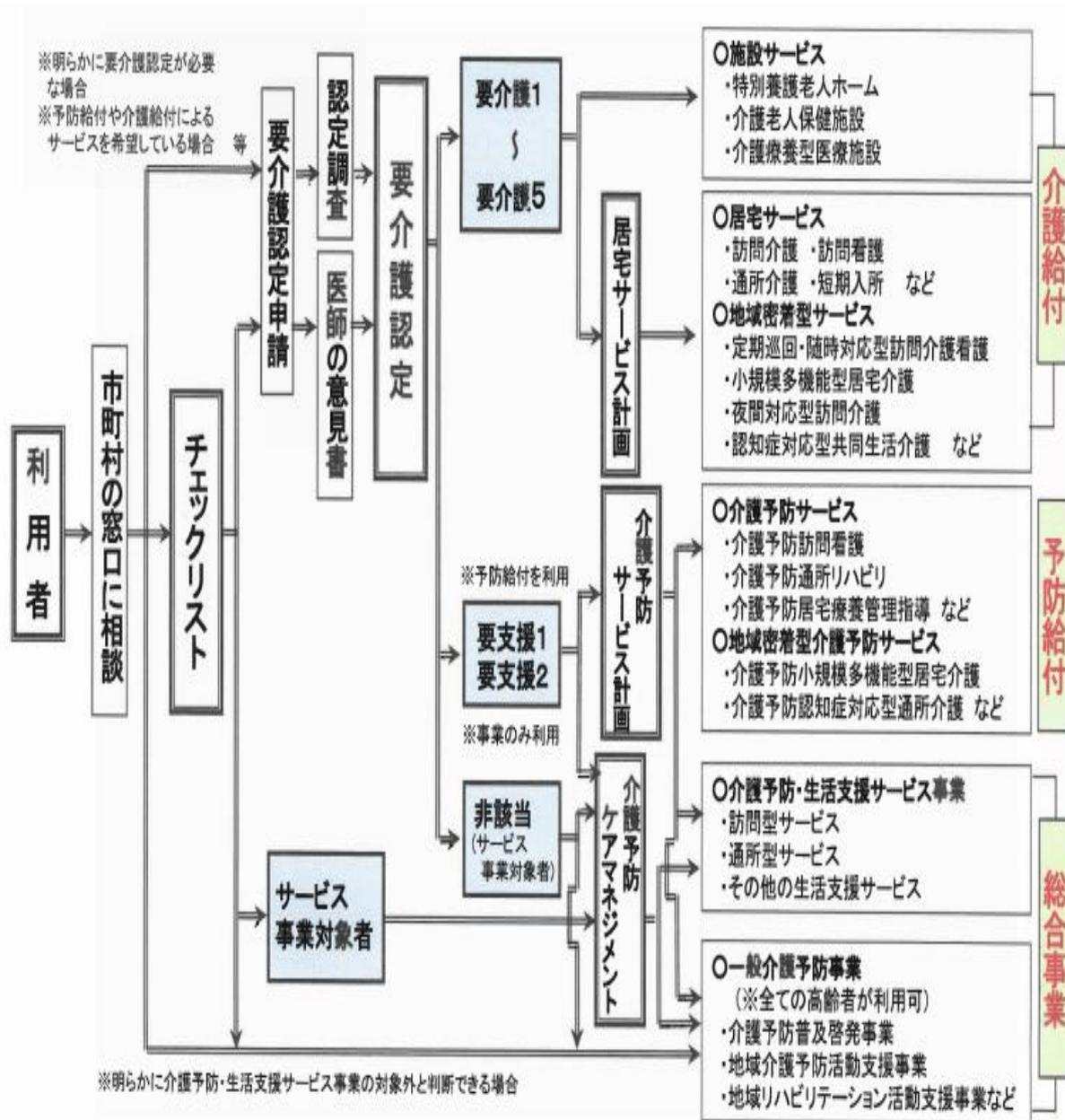
- (1) 事業所では、ご契約者等の人権擁護及び虐待防止を推進し、高齢者虐待の早期発見、早期対応を図るとともに、ご契約者及びその家族等の支援を行いその負担の軽減を図ります。
- (2) 養護者または介護従事者等による、高齢者虐待を発見した場合には、速やかに市町村等に連絡いたします。
- (3) 事業所は、研修等を通じ従業者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- (4) 訪問介護計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (5) 従業者が支援にあたっての悩みや苦勞等を相談できる体制を整えるほか、従業者がご契約者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

<重要事項説明書付属文書>

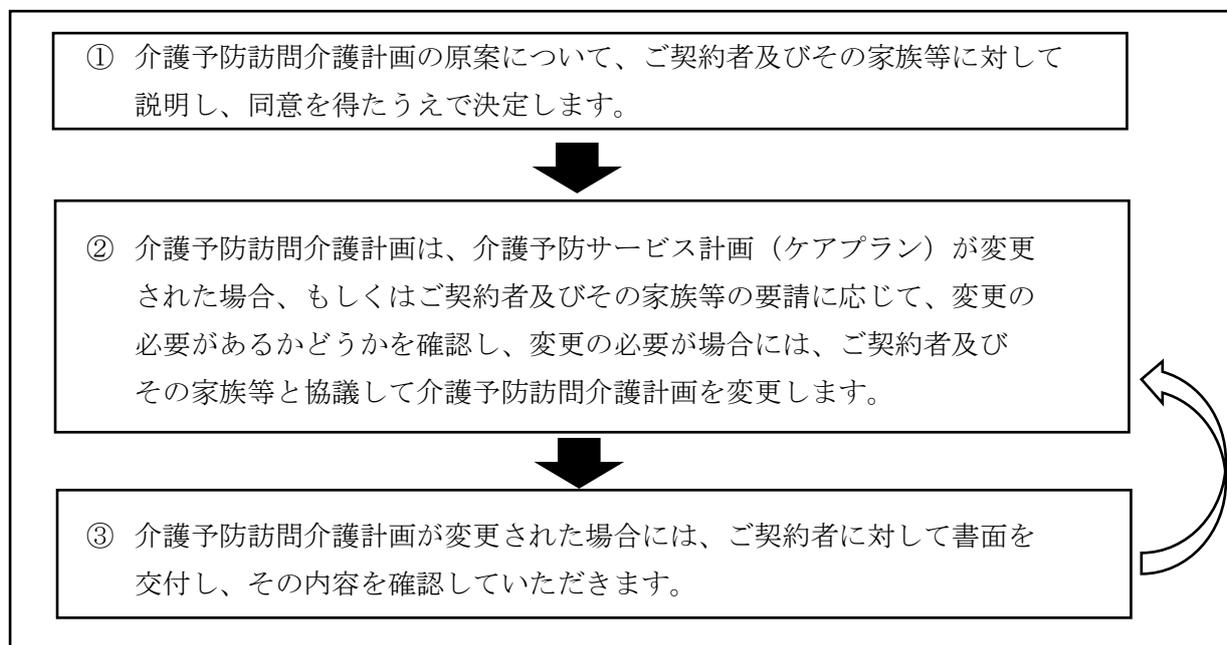
1. 契約締結からサービス提供までの流れ

(1) ご契約者に対するサービスは、以下に従い、「介護給付」「予防給付」「総合事業」よりサービス提供を行います。また、各対応における計画書を作成し、それに応じたサービスを、ご契約者に提供します。

要介護認定を受けていない場合は、要介護認定の申請に必要な支援を行います。必要に応じ計画を作成し、各対応における計画書を作成し、それに応じたサービスをご契約者に提供しますが、介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払いいただきます（償還払い）。また、要介護認定を行い、非該当となった場合は、以下の非該当に示す対応を行い、サービスを提供します。

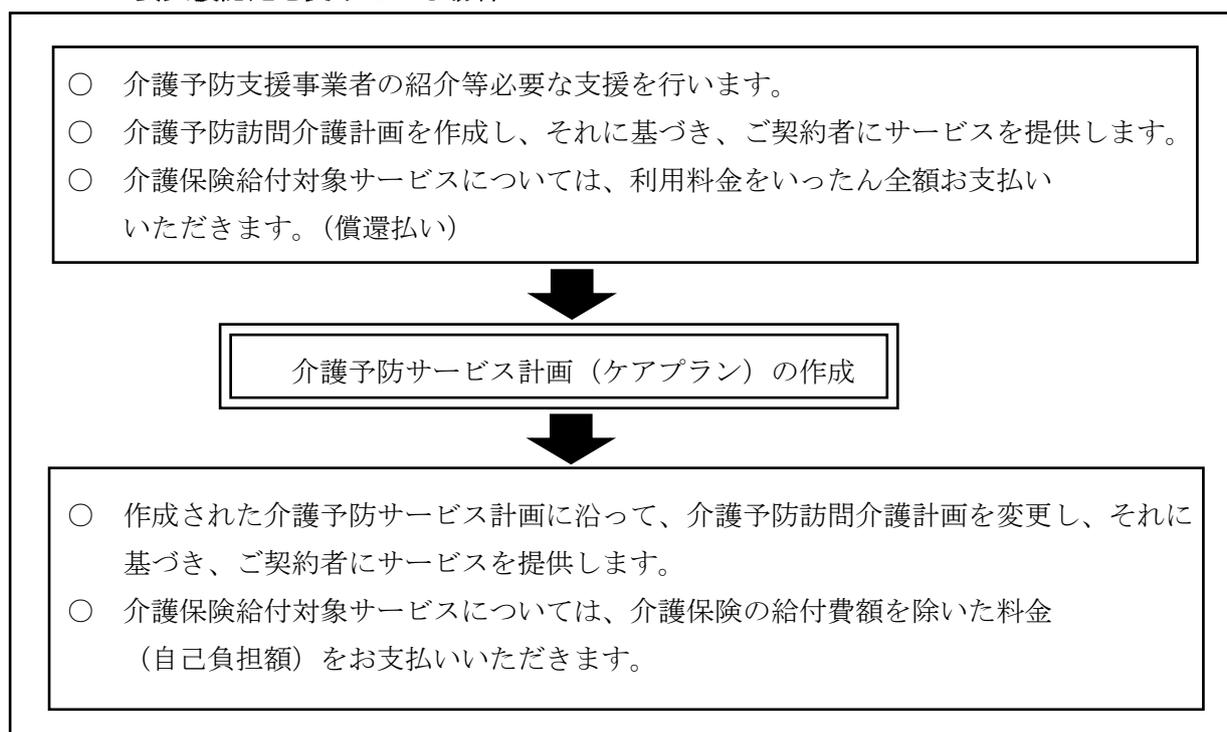


- (2) ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「介護予防サービス計画（ケアプラン）」がある場合はその内容を踏まえ、契約締結後に作成する「介護予防訪問介護計画」に定めます。契約締結からサービス提供までの流れは次の通りです。（契約書第3条参照）



- (3) ご契約者に係る「介護予防サービス計画（ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次の通りです。

<要支援認定を受けている場合>



2. サービス提供における事業所の義務（契約書第11条、第12条参照、三者契約の場合は第12条、第13条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ① ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ② ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、ご契約者又はその家族等から聴取、確認します。
- ③ サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師・医療機関への連絡体制の確保に努めます。
- ④ ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。
- ⑤ サービス実施時に、ご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- ⑥ 事業所及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。
(守秘義務)

ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

サービス担当者会議など、ご契約者に係る他の介護予防支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の事前の同意を文書により得た上で、ご契約者又はその家族等の個人情報を用いることができるものとします。

3. 損害賠償について（契約書第14条、第15条参照、三者契約の場合は第15条、第16条参照）

事業所の責任により、ご契約者に生じた損害については、事業所は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、ご契約者に故意又は過失が認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる時に限り、事業所の損害賠償額を減じる場合があります。

4. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

ご契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。

(契約書第17条参照、三者契約の場合は第18条参照)

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要支援認定又は要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立（事業対象者除く）又は要介護と判定された場合
- ③ 事業所が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合
- ⑦ 事業所から契約解除を申し出た場合

(1) ご契約者から解約・契約解除の申し出（契約書第18条、第19条参照、三者契約の場合は第19条、第20条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者に係る介護予防サービス計画（ケアプラン）が変更された場合
- ④ 事業所もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める訪問介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業所もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

(2) 事業所から契約解除の申し出（契約書第20条参照、三者契約の場合は第21条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、または不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3か月以上（※最低3か月）遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意または重大な過失により事業者またはサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
（例：職員へのハラスメント行為・暴力行為・迷惑行為等）

(3) 契約終了に伴う援助（契約書第17条参照、三者契約の場合は第18条参照）

契約が終了する場合には、事業所はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

㉔法定代理受領サービスに該当する場合の訪問介護費(利用者の負担金額は、その利用者の負担割合による額)							
利用時間 (1回につき)	20分未満	20分以上 30分未満	30分以上 60分未満	60分以上 90分未満	20分以上 45分未満	45分以上	備考
身体介護	1,840	2,750	4,360	6,370	—	—	
身体介護+生活援助(20分 以上45分未満)	2,570	3,490	5,090	7,110	—	—	
身体介護+生活援助(45分 以上70分未満)	3,310	4,220	5,830	7,840	—	—	
身体介護+生活援助(70分 以上)	4,050	4,960	6,570	8,580	—	—	
生活援助	—	—	—	—	2,010	2,480	
加算	90分以上、30分を増すごとに					930	身体介護が中心 である場合のみ
	早朝(午前6時から午前8時まで)の場合					25%増	1回につき
	夜間(午後6時から午後10時まで)の場合					25%増	
	深夜(午後10時から午前6時まで)の場合					50%増	
	2人の訪問介護員等によるサービス実施の場合(1回につき)					200%増	
	緊急時訪問介護加算(1回につき)					1,000	
	初回加算(1月につき)					2,000	
	生活機能向上連携加算(Ⅰ)(1月につき)					1,000	リハ等の助言
	生活機能向上連携加算(Ⅱ)(1月につき)					2,000	リハ等の訪問
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					上記算定した単位合計の1,000分の137	
介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)					処遇改善加算(Ⅰ)を除く上記算定した単位合計の1,000分の63		
㉕法定代理受領サービスに該当する場合の介護予防・訪問型サービス費(利用者の負担金額は、その利用者の負担割合による額)							
週1回程度の利用(要支援1・要支援2)					11,760	1月単位の定額	
週2回程度の利用(要支援1・要支援2)					23,490		
週2回を超える利用(要支援2)					37,270		
加算	初回加算(1月につき)					2,000	
	生活機能向上加算(Ⅰ)					1,000	
	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					上記算定した単位合計の1,000分の137	
	特定介護職員処遇改善加算(Ⅰ)					処遇改善加算(Ⅰ)を除く上記算定した単位合計の1,000分の63	
㉖法定代理受領サービスに該当しない場合のサービス料金							
<ul style="list-style-type: none"> ※ 利用者が、上記㉔及び㉕の各区分・項目に該当するサービスを受け、支給限度額を超えて利用する場合、超過分については全額実費負担として請求する。 ※ 利用者が、当日の2時間前までに利用中止の申し出をされなかった場合、取消料として利用料金の20%を請求する。 ※ 通常の実施地域以外への訪問を行った場合は、通常の事業の実地地域を超えた地点から10km増すごとに片道250円を請求する。 ※ その他、介護に際し必要となった消耗品等を事業所から提供した場合、また生活援助で利用者の代わりに事業所が支払いをした場合には、利用者の実費負担とし相当額を請求する。 							
㉗その他利用料に係る事項							
<ul style="list-style-type: none"> ※ 特定事業所加算Ⅱの届出を行っているため、基本単価に加算分も含まれる。(訪問介護費に100分の10を乗じた金額) ※ 介護報酬の単位端数は四捨五入した単価を算出し、金額換算する。 ※ 法定代理受領サービスに係るサービスによる保険請求及び利用者への請求は、介護報酬の告示内容に基づき請求する。 ※ 同一建物居住者へ訪問を行った場合、上記訪問介護費の100分の90の金額を請求する。 ※ 集合住宅等に居住する方へ訪問を行った場合、利用者数に応じ、上記訪問介護費の100分の90の金額を請求する。 ※ これらの項目については、利用者及び家族に同意を得るとともに契約を交わす。 							

重要事項に関する説明及び同意書

令和 年 月 日

指定介護予防訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

有明ヘルパーステーション

説明者職名 _____ 氏 名 _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、その内容を理解しましたので、指定介護予防訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 _____

氏 名 _____ (印)

代理人の場合

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

緊急やむを得ない場合の身体拘束に関する説明と同意書

氏名 _____ 様

- ・ 利用者様の状態が下記の①②③を全て満たしている為、緊急やむを得ず下記の方法と時間帯において最小限度の身体拘束を行います。
- ・ 但し、早期に解除するよう検討し、該当しなくなれば直ちに解除することを約束します。

① 緊急性	：直ちに身体拘束を行わなければ、ご契約者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。
② 非代替性	：身体拘束以外に、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することが出来ない場合に限りです。
③ 一時性	：身体拘束その他の行動制限が一時的であり、ご契約者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は直ちに身体拘束を解きます。

個別の状況による拘束の必要な理由	
身体拘束の方法 ・ 場所 ・ 行為 (部位・内容)	
拘束の時間帯及び時間	
特記すべき心身の状況	
拘束開始及び解除の予定	<p style="text-align: center;">令和 年 月 日 時から</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日 時まで</p>

上記の通り実施致します。

令和 年 月 日

有明ヘルパーステーション 管理者 早井 太一 ㊟

説明者 ㊟

利用者・家族の記入欄

<p>上記の件について説明を受け、同意します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>氏名 ㊟ (本人との続柄)</p>
--