

## 重要事項説明書(訪問介護サービス・介護予防訪問介護サービス)

訪問介護の提供に当たり、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用上の留意事項等の重要事項について次のとおり説明します。

### 1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社 グレースシニア荏名
主たる事務所の所在地	〒506-0807 岐阜県高山市江名子町2980-1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 松本 正士
設 立 年 月 日	平成22年11月16日
電 話 番 号	0577-34-4002 ・ 0577-34-4001

### 2. 事業所の概要

事業所の名称	グレースヘルパーステーション	
事業所の所在地	〒506-0807 岐阜県高山市江名子町2980-1	
電 話 番 号	0577-34-4002 ・ 0577-34-4001	
F A X 番 号	0577-77-9374	
指定年月日・事業所番号	令和23年7月1日指定	2172701019
通常の事業の実施地域	高山市（荘川・上宝地区除く）	
併 設 事 業 所	住宅型有料老人ホーム・看護小規模多機能型居宅介護事業所 訪問看護事業所・定期巡回 随時対応型訪問介護看護事業所	

### 3. 運営の目的と方針

- ・要介護状態又は要支援状態にある利用者に対し、適正な指定訪問介護を提供します。
- ・要介護者等の心身の状況を理解し、そのもてる能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる支援を行います。事業運営に当っては、関係機関との連携を図り、適切で丁寧なサービスの提供に努めます。

### 4. 提供するサービス

訪問介護サービスを、訪問介護個別援助計画表に従って提供します。

- ・サービスの提供にあたっては、あなたの要介護状態の軽減または、悪化の防止、要介護状態となることの予防になるよう適切にサービスを提供します。
- ・サービスの提供は、適切に丁寧に行い、分かりやすいように説明します。  
分からないことがあったら、いつでもご遠慮なく質問してください。
- ・サービスの提供に用いる物品等については、安全・衛生に常に注意します。  
サービスの提供に必要な物品の用意についてご協力を頂く場合があります（例：バケツやタオル等、家にあるものでご協力ください）。
- ・サービス提供の開始時間は、訪問介護個別援助計画に添って行います。やむを得ず計画書どおりの時間に訪問出来ない場合は、前もって相談させていただくか、電話にて了解を得ますのでご理解下さい。交通事情・降雪等の悪天候・台風等の災害時には特にご理解下さい。

## 5. 営業日時

営業日	365日
営業時間	午前8時から午後18時まで

## 6. 事業所の職員体制

管理者	松本 正士
サービス提供責任者	辻 とも美

職種	常勤		非常勤	
	専従	兼務	専従	兼務
管理者	人	1 人		
サービス提供責任者	人	1 人	人	人
訪問介護員（介護福祉士）	人	人	人	8 人
訪問介護員（初任者研修）	人	人	人	5 人

## 7. 利用料等

訪問介護サービスの利用料及びその他の費用は、以下の通りです。

- ・訪問介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、介護保険負担割合証に記載の負担割合に基づき、利用料の1割、又は2割、3割をお支払いいただきます。ただし、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い（いったんあなたが利用料の全額を支払い、その後市町村からの8割又は、9割分の払い戻しを受ける方法）の方法をご希望の場合は、お申し出ください。
- ・提供を受ける訪問介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料 全額をお支払いいただきます。
- ・当事業者は、あなたに対し、毎月中旬までに、サービスの提供日、利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。
- ・当月の利用料は、翌月末日までに口座振込の方法でお支払いください。（他のお支払い方法をご希望の方は、お申し出ください。）

### 【介護予防訪問介護】

区分	概要	要支援1	要支援2	1割負担	2割負担	3割負担
介護予防訪問介護費（Ⅰ）	週1回程度	1,176 単位		1,176 円	2,352 円	3,528 円
介護予防訪問介護費（Ⅱ）	週2回程度	2,349 単位		2,349 円	4,698 円	7,047 円
介護予防訪問介護費（Ⅲ）	週2回以上	-	3,727 単位	3,727 円	7,454 円	11,181 円

### 【訪問介護】

サービス内容	時間	単位	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	163 円	326 円	489 円
	20分以上30分未満	244	244 円	488 円	732 円
	30分以上60分未満	387	387 円	774 円	1,161 円
	60分以上90分未満	567	567 円	1,134 円	1,701 円
	以降30分を増すごとに	+82	82 円追加	164 円追加	246 円追加
生活援助	20分以上45分未満	179	179 円	358 円	537 円
	45分以上	220	220 円	440 円	660 円
身体介護に引き続き生活援助	20分以上45分未満	65	65 円	130 円	195 円
	45分以上70分未満	130	130 円	260 円	390 円
	70分以上	195	195 円	390 円	585 円

- ・ 早朝夜間（6時～8時・18時～22時）の場合上記料金の25%加算となります。
- ・ 深夜（22時～6時）の場合上記料金の50%加算となります。
- ・ 2人対応の場合上記の2倍となります。
- ・ 初回加算：200単位／回  
新規（過去2ヶ月にご利用がない場合も含みます）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その他の訪問介護員が訪問介護を行なう際に同行訪問した場合に加算させていただきます。
- ・ 緊急時訪問加算：100単位／回  
ご利用者やそのご家族からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めた時に、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行なった場合に加算させていただきます。
- ・ 訪問介護生活機能向上連携加算：100単位／回  
サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所の理学療法士、作業療法士または言語聴覚士による訪問リハビリテーションに同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問計画を作成し、連携して計画に基づくサービス提供を行った場合3か月間加算させていただきます。
- ・ 介護職員処遇改善加算Ⅰ：所定単位数の13.7%を加算（令和6年5月まで）
- ・ 介護職員等ベースアップ等支援加算：所定単位数の2.4%を加算（令和6年5月まで）
- ・ 介護職員等処遇改善加算Ⅱ：所定単位数の22.4%を加算（令和6年6月から）
- ・ 同一建物居住者に対する訪問減算①：所定単位数の90%を算定
- ・ 交通費：必要ありません。（実費をいただく場合は、事前に説明させていただきます。）
- ・ キャンセル料：前日17時までのキャンセルは無料 前日の17時以降のキャンセルは1,000円  
訪問介護サービスをキャンセルした場合には、以下の通りのキャンセル料をいただく場合があります。予定していたサービスが必要でなくなった場合、できるだけわかった時点で早めにお知らせいただけますようお願いいたします。（キャンセルとなった理由によっては考慮させていただきます場合もあります。キャンセル料のご請求は利用料と一緒にさせていただきます。）

## 8. 虐待防止に関する事項

- ・ 事業者は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、虐待を防止するための従業者に対する研修の実施、利用者及びその家族からの苦情受付体制の整備、その他虐待防止のために必要な措置を講じます。また、事業者は、サービス提供中に当該事業所の従業者または養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを高山市に通報します。
- ・ 事業者は、虐待防止の為の対策委員会を開催し担当者を定め、定期的に研修を実施し防止する対策を講じます。

## 9. 苦情相談窓口

サービス提供に関する苦情や相談は、下記の窓口でお受けします。

### (1) 事業所の窓口

事業所相談窓口	電話番号 0577-34-4002
	受付時間 8時30分～から17時30分
	担当者名 サービス提供責任者：辻とも美 総務：川上貴恵子

### (2) その他苦情申立の窓口

苦情受付機関	高山市福祉部高年介護課	電話 0577-32-3333
	岐阜県国民健康保険団体連合会	電話 058-275-9825

## 10. 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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等必要な措置を講じ、状況を管理者へ報告します。

利用者の主治医	氏名	
	所属医療機関の名称	
	所在地	
	電話番号・対応可能時間	
協力医療機関 1	医療機関の名称	
	電話番号・対応可能時間	
協力医療機関 2	医療機関の名称	
	電話番号・対応可能時間	
緊急連絡先	氏名	
	住所	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

令和 年 月 日

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

説明者 所在地 高山市江名子町2980-1  
事業所 グレースヘルパーステーション  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、事業所より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
利用者との続柄 \_\_\_\_\_