

# 重要事項説明書

令和8年4月1日現在

## 1 事業者の概要

法人名	医療法人社団 大誠会
所在地	〒503-0856 岐阜県大垣市新田町2丁目14番地
電話番号	0584-89-1948
代表者	松岡 哲平

### <関連機関>

松岡内科クリニック	大垣市新田町2丁目14番地
大垣北クリニック	安八郡神戸町末守737-1
サンシャインM&Dクリニック	瑞穂市本田174-1
大誠会在宅総合ケアセンター	大垣市新田町2丁目24番地1
訪問看護ステーション ハーブ	大垣市新田町2丁目24番地1
訪問介護ステーション ハーブ	大垣市新田町2丁目24番地1
訪問入浴ステーション ハーブ	大垣市新田町2丁目24番地1
居宅介護支援事業所 ハーブ	大垣市新田町2丁目24番地1
居宅介護支援事業所 ハーブ・瑞穂	瑞穂市本田166-2
訪問看護ステーション ハーブ・瑞穂	瑞穂市本田166-2
デイサービスセンター スタジオ榆	瑞穂市本田166-2
有料老人ホーム 榆の樹	瑞穂市本田162-1

## 2 事業所の概要

事業所名	訪問介護ステーション ハーブ・瑞穂
所在地	〒501-0236 岐阜県瑞穂市本田166-2
提供可能サービス	訪問介護・第1号訪問事業
介護保険事業所番号	2173200268
管理者	金森 恵
連絡先	058-329-3002
サービス提供地域	瑞穂市・本巣市・本巣郡・岐阜市・揖斐郡・安八郡・大垣市

## 3 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類・業務	人員
管理者	管理業務	1名
サービス提供責任者	計画書作成、連絡調整他	3名
訪問介護員	訪問介護・第1号訪問介護	11名

※訪問介護員(人員)は、管理者・サービス提供責任者を含む。

#### 4 サービス提供日及び時間

営業日	365日
営業時間	8時30分～17時30分

#### 5 サービス内容

##### ○ 訪問介護

身体介護／生活援助

※居宅サービス計画書に基づいたサービスを提供致します。

#### 6 サービス利用料及び利用者負担等

##### (1) 訪問介護

サービスを提供した場合の利用料の額は、国が定める基準とする。

※別紙1に準じます。

##### (2) 第1号訪問事業

サービスを提供した場合の利用料の額は、各市町村が定める基準とする。

※別紙2に準じます。

※介護保険法令の改正等による利用料の変更等があった場合には、それに準じます。

##### (3) その他

###### ア 利用料金の支払い

月末締め切りとし、翌月27日頃にお支払いいただきます。

イ 上記の利用者負担金は「法定代理受領(現物給付)」の場合について記載しています。居宅サービス計画を作成しない等「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料を全額(10割)支払い、その後市町村に対して保険給付分を請求していただくこととなります。

ウ 介護保険外のサービスとなる場合(サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む)には、全額自己負担となります。(介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に居宅介護支援専門員から説明の上、利用者の同意を得ることとなります)

###### エ 契約期間・契約の更新

契約の期間は、訪問介護契約書の通りとします。尚、契約期間満了日の7日前までに、利用者から更新拒絶の意思表示がない場合は、契約を同一内容により自動更新されるものとし、その後もこれに準じて更新されるものとします。

## 7 キャンセル

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡下さい。

受付窓口：訪問介護ステーション ハーブ・瑞穂

**電話番号：058 - 329 - 3002**

訪問介護サービス実施予定日の前日午後 5 時迄に中止の連絡がない場合は以下のキャンセル料を利用料金に合わせて申し受けます。

時 間	キャンセル料
サービス利用日の前日午後 5 時迄に中止(振替)連絡	無料
サービス中止連絡がない場合	一律 1,000 円

※利用者の容態の急変・災害時など、緊急やむを得ない事情の場合、キャンセル料は不要です。

## 8 当事業所のサービスの方針等

### 運営方針

- ・地域住民が要介護状態になった場合においても、その有する能力に応じた日常生活を営むことができるように配慮して、身体介護その他生活全般にわたる援助を行います。
- ・利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスを提供します。
- ・地域福祉の向上の為、市町村、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、その他保険・医療機関等と密接に連携をします。

## 9 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医・救急隊・親族・居宅介護支援事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

## 10 虐待に関する事項

医療法人社団 大誠会 在宅総合ケアセンターの定める「高齢者虐待防止の推進における指針」に準じて対応することとする。

### 【虐待に関する事項】

- (1) 虐待を防止するための従業員に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

### 【その他虐待防止のために必要な措置】

サービス提供中に、当該事業所従業員又は擁護者(利用者の家族等高齢者を現に擁護する者)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、速やかにこれを市町村に通報する。

## 11 身体拘束について

第1号訪問事業の提供にあたっては、当該利用者または他の利用者等の生命、または身体を保護するため緊急やむを得ない場合をのぞき、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。

やむを得ず身体拘束を行う場合は、利用者及び家族(代理人含む)に説明を行い同意を得た上で、その実施状況や時間等について、経過観察記録を作成し保管いたします。

## 12 相談窓口、苦情対応

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応致します。

*訪問介護ステーション	ハーブ・瑞穂	
管理者	金森 恵	TEL 058-329-3002
*大誠会在宅総合ケアセンター		TEL 0584-89-0135
*国民健康保険団体連合会		
介護保険課苦情相談係		TEL 058-275-9826
*安八郡広域連合		TEL 0584-63-2050
*もとす広域連合		TEL 058-320-2266
*揖斐広域連合		TEL 0585-23-0188
*岐阜市役所		TEL 058-265-4141
*その他、利用者の住所地を管轄する市町村の介護保険担当課		

**【別紙 1】**

訪問介護（特定事業所加算 D） ※早朝・夜間は、25%加算 深夜は 50%加算

身体介護		身体介護の後の生活援助 (左記身体介護に加算されます)	
サービス時間	単位数	サービス時間	単位数
20 分未満	196 単位	20 分以上	78 単位
20 分以上 30 分未満	293 単位	45 分以上	156 単位
30 分以上 1 時間未満	464 単位	70 分以上	234 単位
1 時間以上 1 時間 30 分未満	680 単位	—	—
以降 30 分増すごとに	99 単位	—	—
生活援助			
サービス時間	単位数		
20 分以上 45 分未満	215 単位		
45 分以上 1 時間未満	264 単位		

※1 単位×10 円で計算。

※介護保険負担割合 1 割・2 割・3 割に応じ、上記単位の 1 割・2 割・3 割となります。

※身体介護サービス時間により生活援助の加算単位数に変動があります。

※初回加算（200 単位） 初月にサービス提供責任者が訪問または同行した場合にのみ算定。

※通常の事業の実施地域を越える地点から、片道分のみ 50 円/2km

**【別紙 2】**

**安八広域**

サービス名称	サービス内容	単位数
訪問型サービス 独自サービス	週 1 回程度、4 回/月まで（事業対象者・要支援 1・2）	268 単位/1 回
	週 1 回程度、5 回/月以上（事業対象者・要支援 1・2）	1,176 単位/月
	週 2 回程度、8 回/月まで（要支援 1・2）	272 単位/1 回
	週 2 回程度、9 回/月以上（要支援 1・2）	2,349 単位/月
	週 3 回程度、12 回/月まで（要支援 2）	287 単位/1 回
	週 3 回程度、13 回/月以上（要支援 2）	3,727 単位/月

※安八広域 訪問介護員といった有資格者（介護福祉士・介護職員初任者研修等修了者）がサービスを提供する場合は、自己負担として 300 円/1 回 加算されます。（介護保険対象）

※1 単位×10 円で計算。

※介護保険負担割合 1 割・2 割・3 割に応じ、上記単位の 1 割・2 割・3 割となります。

**その他地域の総合事業**

サービス名称	サービス内容	単位数
訪問型サービス 独自サービス (月額包括報酬)	週 1 回、1 ヶ月	1,176 単位
	週 2 回、1 ヶ月	2,349 単位
	週 3 回、1 ヶ月	3,727 単位
	標準的な内容の訪問のサービスの場合	287 単位/1 回

※初回加算（200 単位） 初月にサービス提供責任者が訪問または同行した場合にのみ算定

※大垣市 1 単位×10.21 円で計算。（小数点以下の端数は切り捨て）

※岐阜市 1 単位×10.42 円で計算。（小数点以下の端数は切り捨て）

※その他地域 1 単位×10 円で計算。

※介護保険負担割合 1 割・2 割・3 割に応じ、上記単位の 1 割・2 割・3 割となります。

※自己都合による中止の場合も月額料金となります。

※入院や急病等のやむを得ない事情により、ケアプランが当月変更になった場合は、1 回当たりの報酬算定も可能です。

※通常の事業の実施地域を越える地点から、片道分のみ 50 円/2km