

「訪問介護」重要事項説明書

当事業所が提供する訪問介護の内容に関し、あなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

事業者の名称	中銀インテグレーション株式会社
主たる事務所の所在地	東京都中央区勝どき2-8-12
電話及びFAX番号	TEL 03-5548-6461 FAX 03-5548-6463
法人の種別及び名称	中銀インテグレーション株式会社
代表者職	代表取締役
代表者氏名	渡辺 蔵人

事業所の名称	ライブリーケア中銀平岸天神山
事業所の所在地	札幌市豊平区平岸1条18丁目1-1
管理者氏名	高橋 睦子
電話及びFAX番号	TEL 011-832-3367 FAX 011-376-5230
介護保険事業所番号	0170511497
指定年月日	平成27年10月1日
交通の便	地下鉄南北線南平岸駅徒歩11分
通常の事業の実施地域	札幌市豊平区、中央区

2 事業者の職員の概要

(令和 7年 4月 1日現在)

職種	資格	員数	勤務の体制
管理者		1人	常勤、兼務 1人
サービス提供責任者		1人	常勤 (みなし常勤を含む) 1人
介護福祉士		7人	常勤 1人 非常勤 6人
実務者研修修了者		0人	常勤 0人 非常勤 0人
介護職員初任者研修修了者		1人	常勤 0人 非常勤 1人

3 事業所の営業時間

平日 08:30～17:30 土・日・祝 休み 年末・年始(12月30日～1月3日) 休み

※ 営業時間内は、事業所に対応するとともに土・日・祝及び営業日時間外(午後5時30分から午前8時30分まで)は担当者が宅直(事業所の電話を携帯電話に転送)にて電話連絡に応じる。

4 サービスの提供時間

	通常時間 08:00～18:00	早朝 06:00～08:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～06:00
平日	○	○	○	
土・日・祭日	○	○	○	
営業をしない日				

※ 時間帯により利用料金が異なります。

5 訪問介護の運営の方針

- (1) 訪問介護員等は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
- (2) 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。

6 利用料金

- (1) 当事業者の訪問介護の提供（介護保険適用部分）に際しあなたが負担する利用料金は、原則として基本料金の1割、2割、3割のいずれか（介護保険負担割合証による）です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えた部分のサービスについては全額自己負担となります。基本料金は、別表のとおりです。
- (2) 交通費
当事業者の通常の事業の実施地域にお住まいの方は、交通費は無料です。
それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員があなたを訪問するための交通費をお支払いいただきます。
- (3) その他の費用
訪問介護を提供するため、あなたのお宅で使用する水道、ガス、電気等の費用はあなたの負担となります。
- (4) 料金の支払方法
あなたが当事業者に支払う料金の支払方法については、月毎の精算とします。毎月15日までに、前月分のあなたのサービス利用料金の請求をしますので、25日までに支払ってください。支払方法は、銀行振込でお願いいたします。（この際、あなたの口座から当方の口座への自動振替の手続きをされれば便利です。）
- (5) キャンセル料
あなたの都合により当日の訪問介護をキャンセルした場合には、下記の料金を頂きます。
キャンセルする場合は、至急、当事業者に連絡してください。

連絡時間	キャンセル料
サービス利用日の前日	無料
それ以降	一律 1,000円

- (6) その他
あなたの被保険者証に支払方法の変更の記載（あなたが保険料を滞納しているため、サービスの提供を償還払いとする旨の記載）があるときは、費用の全額を支払って頂きます。この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、該当市町村の窓口へ提出して差額（介護保険適用部分）の払い戻しを受けてください。

7 サービスの利用方法

(1) 利用開始

- あなたの居宅サービス計画（ケアプラン）にしたがってサービスを提供致します。
- サービスの提供開始に当たっては、この説明書により説明し、あなたの同意を頂きます。

(2) サービスの終了

1 あなたの都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書で申し出てください。

2 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等止むを得ない事情によりサービスの提供を終了させて頂く場合があります。

この場合は、サービス終了日の15日前までに、文書によりあなたに通知します。

3 自動終了

次の場合は、サービスは自動的に終了となります。

- ・ あなたが介護保険施設に入所した場合
- ・ あなたの要介護度が非該当(自立)と認定された場合
- ・ あなたが亡くなったとき

4 その他

- ・ 当事業者が、正当な理由がなくサービスを提供しない場合、守秘義務に違反した場合
あなたやあなたの家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、当事業者が
破産した場合、あなたは文書で通知する事によりこの契約を終了する事ができます。
- ・ あなたがサービスの利用料金を3ヶ月以上滞納し、支払の催告を再三したにもか
かわらず支払わないとき、あなたが当事業者に対してこの契約を継続しがたいほどの
背信行為を行った場合は、文書であなたに通知する事により、直ちにこのサービスを
終了させて頂く場合があります。

8 サービスの内容

当事業者があなたに提供するサービスは以下のとおりです。

身体介護	1 起床介助 ②就寝介助 ③排泄介助 ④整容介助 ⑤食事介助 ⑥ 衣服着脱 ⑦清拭 ⑧体位変換 ⑨服薬管理 ⑩入浴介助 ⑪通院介助 ⑫その他介護保険法に定める事項
生活援助	1 調理 ②洗濯 ③掃除 ④買い物 ⑤薬受け取り ⑥衣服の整理 ⑦被服の補修 ⑧ベットのメイク ⑨その他介護保険法に定める事項

9 担当職員

あなたを担当する
サービス提供責任者は

です。

10 緊急時の対応方法

訪問介護の提供中にあなたに容体の変化等があった場合は、速やかにあなたの主治医等に連絡します。

主治医	氏名	
	連絡先	
緊急連絡先	氏名	
	連絡先	

11 事故発生時の対応

サービスの提供中に事故が発生した場合は、お客様がお住まいの市町村、ご家族、居宅介護支援

事業者等に早急に連絡すると共に、必要な措置を講じます。

また、お客様に対して当事業所の介護サービスにより賠償すべき事故が発生した場合は、速やか

に損害賠償いたします。

事故の状況及び事故に際して採った処置に対し経過記録を残し保管します。

事故が発生した際は原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

12 苦情処理

あなたは、当事業者の訪問介護の提供について、いつでも苦情を申し立てることがます。

あなたは、当事業者に苦情を申し立てた事により何らの差別待遇を受けません。

苦情相談窓口 担当：ライブリーケア中銀平岸天神山 「訪問介護」

管理者 高橋 睦子

電話番号：011-832-3367

FAX番号：011-376-5230

受付日及び時間

毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の08：30～17：30です。

但し、お急ぎの場合は、上記曜日・時間外も、電話にて承ります。

この他、国民健康保険団体連合会窓口に苦情を申し立てる事ができます。

専用直通電話番号（国民健康保険団体連合会窓口）：011-231-5175

令和6年4月1日より

※訪問介護サービス費の改定表

サービスの種類	サービス料金 (円)	利用者負担額 (円)		
		1割負担	2割負担	3割負担
生活援助	20分以上45分未満	1 8 2 7	1 8 3	3 6 6
	45分以上	2 2 4 6	2 2 5	4 5 0
身体介護中心型	20分未満	1 6 6 4	1 6 7	3 3 3
	1 20分以上30分未満	2 4 9 1	2 5 0	4 9 9
	2 30分以上1時間未満	3 9 5 1	3 9 6	7 9 1
	3 1時間以上1時間半未満	5 7 8 9	5 7 9	1 1 5 8
	1時間半以上30分を増すごとに	8 3 7	8 4	1 6 8
	※①～③の身体介護に引き続き生活援助を提供した場合			
	20分以上	6 6 3	6 7	1 3 3
	45分以上	1 3 2 7	1 3 3	2 6 6
	70分以上	1 9 9 0	1 9 9	3 9 8
				5 9 7

以上は、通常時間帯の基本料金です。

※利用者負担額 (円) は支給限度額内でのご利用を基準とさせていただいております。介護保険の給付範囲を超えたサービスについては全額自己負担となります。

※早朝 (午前6時～8時) 及び夜間 (午後6時～10時) は、基本料金に対して25%加算となります。

※一定の条件の下に2人の訪問介護員が1人の利用者に訪問介護を行ったときは、2人分の料金となります。

※介護保険給付の場合、利用料金の利用者負担分は、利用者から直接支払いを受け、保険給付分は当社が代理受領します。

(同一建物に対する減算)

1	事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物居住者 (②に該当する場合を除く)	所定単位数に100分の90を乗じた単位数
2	上記建物のうち、居住する利用者数が1月あたり50人以上	所定単位数に100分の85を乗じた単位数
3	上記①以外の範囲に所在する建物居住者 (居住する利用者が1月あたり20人以上)	所定単位数に100分の90を乗じた単位数
4	正当な理由なく、事業所において、前6か月に提供した訪問介護サービスの提供総数のうち、事業所と同一敷地内または隣接する敷地内に所在する建物に居住する者 (②に該当する場合を除く) に提供されたものの占める割合が100分の90以上である場合	所定単位数に100分の88を乗じた単位数

※上記条件のもと基本料金から減算となります。

(初回加算)

過去2月に当事業所から訪問介護の提供を受けていない利用者に限り、初回若しくはサービスを行った日の属する月に、サービス提供責任者若しくはサービス提供責任者が同行して訪問介護を提供した場合。	利用者負担額(円)
	(1割負担) 2 0 5/月
	(2割負担) 4 0 9/月
	(3割負担) 6 1 3/月

(緊急時訪問介護加算)

利用者またはその家族等から要請を受け、介護支援専門員と連携を図り居宅サービス計画に位置づけられていない訪問介護を24時間以内に提供した場合。(身体介護中心に限る)	利用者負担額(円)
	(1割負担) 103/回 (2割負担) 205/回 (3割負担) 307/月

(生活機能向上連携加算)

生活機能向上連携加算(I) サービス提供責任者が、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(許可病床数200床未満のもの)の医師や理学療法士等からの助言(アセスメント・カンファレンス)を受けた上で、生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成(変更)した場合。	利用者負担額(円)
	(1割負担) 103/月
	(2割負担) 205/月
	(3割負担) 307/月
生活機能向上連携加算(II) サービス提供責任者が、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の理学療法士等による訪問、又はリハビリテーションを実施している医療提供施設(許可病床数200床未満のもの)の医師や理学療法士等が訪問した際に同行し、共同して行ったアセスメント結果に基づき生活機能の向上を目的とした訪問介護計画書を作成(変更)した場合。	利用者負担額(円)
	(1割負担) 205/月
	(2割負担) 409/月
	(3割負担) 613/月

(特定事業所加算)

厚生労働大臣が定める基準に適合しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、1回につき次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。	
① 特定事業所加算(Ⅰ)	所定単位数の100分の20に相当する単位数
② 特定事業所加算(Ⅱ)	所定単位数の100分の10に相当する単位数
③ 特定事業所加算(Ⅲ)	所定単位数の100分の10に相当する単位数
5 特定事業所加算(Ⅳ)	所定単位数の100分の3に相当する単位数
2 特定事業所加算(Ⅴ)	所定単位数の100分の3に相当する単位数

(介護職員等処遇改善加算)

厚生労働大臣が定める基準に適合している介護職員の賃金の改善等を実施しているものとして都道府県知事に届け出た指定訪問介護事業所が、利用者に対し、指定訪問介護を行った場合は、当該基準に掲げる区分に従い、次に掲げる単位数を所定単位数に加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。	
1 介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数の1000分の245に相当する単位数

- | | |
|---|---|
| 2 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）
所定単位数の1000分の224に相当する単位数 |
| 3 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）
所定単位数の1000分の182に相当する単位数 |
| 4 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）
所定単位数の1000分の145に相当する単位数 |

※上記条件の下、加算料金が発生いたします。

【説明確認欄】

令和 年 月 日

(事業者)

訪問介護の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明し、その内容に同意を得、
交付しました。

(事業者)

所在地 東京都中央区勝どき 2-8-12
名称 中銀インテグレーション株式会社
代表者氏名 代表取締役 渡辺 蔵人 印

(事業所)

所在地 北海道札幌市豊平区平岸 1 条 1 8 丁目 1-1
名称 ライブリーケア中銀 平岸天神山

説明者 印

この説明書により、訪問介護に関する重要事項の説明を受け、その内容に同意し、交付を
受けました。

(利用者)

住所

氏名 印

(代理人・ご家族(続柄))

住所

氏名 印