

「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	0170202949
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10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 8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		5人	常勤 1人 非常勤 4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		0人	常勤 0人 非常勤 0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

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
1 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イ）	所定単位数の1000分の270に相当する単位数
2 介護職員等処遇改善加算（Ⅰロ）	所定単位数の1000分の287に相当する単位数

- | | |
|---|--|
| 3 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱイ）
所定単位数の1000分の249に相当する単位数 |
| 4 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅱロ）
所定単位数の1000分の266に相当する単位数 |
| 5 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅲ）
所定単位数の1000分の207に相当する単位数 |
| 6 | 介護職員等処遇改善加算（Ⅳ）
所定単位数の1000分の170に相当する単位数 |

※上記条件の下、減算・加算料金が発生いたします。

「 第 1 号訪問事業 」 重要事項説明書

当事業所が提供する第 1 号訪問事業の内容に関し、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	電話 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平岸天神山
事業所の所在地	札幌市豊平区平岸 1 条 1 8 丁目 1 番 1 号
管理者氏名	高橋 睦子
電話及び FAX 番号	電話 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)	
介護福祉士		5 人	常勤 1 人	非常勤 4 人
実務者研修終了者		0 人	常勤 0 人	非常勤 0 人
介護職員初任者研修修了者		0 人	常勤 0 人	非常勤 0 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	○	○	○	
営業しない日				

※ 時間帯により利用料金が異なります。

令和8年6月1日より

第1号訪問事業サービス料金改定表

サービスの区分	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
1 標準的な内容の指定相当訪問型サービス (1回につき)	45分未満 2,093	210	419	628
	45分以上60分未満 2,828	283	566	849
	60分以上 2,930	293	586	879
2 生活援助中心 (1回につき)	20分以上45分未満 1,827	183	366	549
	45分以上 2,246	225	450	674
3	週1回程度 12,006	1,201	2,402	3,602
	週2回程度 23,983	2,399	4,797	7,195
	週2回を超える程度 38,052	3,806	7,611	11,416

以上は、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。

※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 正当な理由なく、事業所において、前6か月に提供した第1号訪問事業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月に当事業所から第1号訪問事業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) 205/月
	(2割負担) 409/月
	(3割負担) 613/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札幌市訪問介護相当型サービス計画書を作成 (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