

「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	〒104-0061 東京都中央区銀座8-16-10
電話及びFAX 番号	電話 03-3541-9416 FAX 03-3248-1236
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熱海
事業所の所在地	熱海市田原本町9-1 第一ビル5階
電話及びFAX 番号	電話 0557-81-0102 FAX 0557-86-2398
介護保険事業所番号	2270500404
指定年月日	平成18年4月1日
交通の便	JR熱海駅より徒歩1分
通常の事業の実施地域	熱海市及び湯河原町

2 事業者の職員の概要

(平成27年 8月 1日現在)

在)

管理者	常勤1名	常勤
サービス提供責任者	常勤5名以上	常勤 (みなし常勤を含む)
訪問介護員	30名以上	常勤5名以上・非常勤25名以上

3 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	○	○	○	

4 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。

5 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割または2割です。ただし、介護保険の給付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。基本料金は別紙のとおりです。
- (2) 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（公共機関等利用の実費相当額）をお支払いいただきます。
- (3) 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) 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分を請求いたしますので25日までにお支払ください。支払方法は、自動口座引き落としまたは銀行振込にてお願いいたします。
- (5) 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。

※キャンセル料一覧表

連絡時間	キャンセル料
サービス利用日の前日16:00まで	無料
それ以降	一律 800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、市区町村の窓口 に提出して差額（介護保険適用部分）の払い戻しを受けてください。

6 サービスの利用方法

(1) サービスの利用方法

- 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

- 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。
- 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。
- 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・要支援)と認定された場合
 - ・あなたが亡くなったとき
- 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。

7 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服薬介助 ⑩入浴介助 ⑪通院介助 ⑫その他
生活援助	①調理 ②洗濯 ③掃除 ④買い物 ⑤薬受け取り ⑥衣服入れ替え ⑦その他

※ 事業者は、利用者または家族から申し出があった場合には、利用者に対しての訪問介護の実施に関する情報を開示します。

8 担当職員

サービス提供責任者は _____ です。

9 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	

10 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。

1.1 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できます。
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熱海 「訪問介護」 管理者 秋本 敬子

電話番号：0557-81-0102

FAX番号：0557-86-2398

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分とします

※お急ぎの場合は上記曜日・時間外でも電話にて承ります。

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口にも苦情を申し立てることができます。

※熱海市にお住まいの方

熱海市役所 健康福祉部長寿介護課 介護保険室

苦情相談窓口 所在地：熱海市中央町1-1本庁舎1階

電話番号：0557-86-6282

FAX番号：0557-86-7321

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課

苦情相談窓口 所在地：静岡市葵区春日2丁目4-34

電話番号：054-253-5590

FAX番号：054-253-5589

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前9時00分～午後5時00分

※湯河原町にお住まいの方

湯河原町役場 福祉部介護課

苦情相談窓口 所在地：湯河原町中央2-2-1

電話番号：0465-63-2111

FAX番号：0465-63-4194

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談課

苦情相談窓口 所在地：横浜市西区楠町27-1

電話番号：045-239-3447

FAX番号：0570-033110

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

訪問介護料金表

(保険給付サービス)

サービスの種類	サービス単価	利用者負担額 ※1 割負担(円)	利用者負担額 ※2 割負担(円)
生活援助	20分以上45分未満	1,830	183
	45分以上	2,250	225
身体介護中心型	20分未満	1,650	165
	① 20分以上30分未満	2,450	245
	② 30分以上1時間未満	3,880	388
	③ 1時間以上1時間半未満	5,640	564
	1時間半以上30分を増すごとに	800	80
	※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	670	67
	45分以上	1,340	134
70分以上	2,010	201	

以上は、通常時間帯の基本料金です。

※基本料金に対して、早朝（午前6時～8時）及び夜間（午後6時～10時）に訪問介護を利用した場合は25%、深夜（午後10時～午前6時）に利用した場合は50%の加算料金が発生します。

※一定の条件の下に2人の訪問介護員で訪問介護を行ったときは、2倍の料金となります。

※介護保険給付費を保険者より受領し、利用者負担額をご請求させていただきます。

（生活保護法等が優先される場合には、この限りではありません）

※区分支給限度基準額を超えてのご利用は、介護給付外としてご負担させていただきます。

※介護保険適用外サービスのご利用は、当事業所規定の自費料金をご請求させていただきます。

(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	利用者負担額
	※1 割負担(円)	※2 割負担(円)
	200 /月	400 /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	利用者負担額
	※1 割負担(円)	※2 割負担(円)
	100 /回	200 /回

(生活機能連携加算)

サービス提供責任者が、訪問リハビリテーション事業所又は通所リハビリテーション事業所の理学療法士等による訪問リハビリテーション又は通所リハビリテーションの一環として利用者宅を訪問する際に同行する等により、理学療法士等と共同して行ったアセスメント結果に基づき訪問介護計画書を作成した場合。	利用者負担額	利用者負担額
	※1 割負担(円)	※2 割負担(円)
	100 /月	200 /月

(介護職員処遇改善加算)

<p>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。</p> <p>① 介護職員処遇改善加算 (I) 所定単位数の1000分の86に相当する単位数</p> <p>② 介護職員処遇改善加算 (II) 所定単位数の1000分の48に相当する単位数</p> <p>③ 介護職員処遇改善加算 (III) ②により算定した単位数の100分の90に相当する単位数</p> <p>④ 介護職員処遇改善加算 (IV) ②により算定した単位数の100分の80に相当する単位数</p>

※上記条件の下、加算料金が発生いたします。

(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同意を得て交付を致しました。

名称 中銀インテグレーション株式会社

所在地 東京都中央区銀座8-16-10

(事業所)

名称 ライブリーケア中銀熱海

所在地 静岡県熱海市田原本町9-1 第一ビル5階

説明者

印

(利用者)

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。

平成 年 月 日

住所

氏名 _____ 印

(代理人)

住所

氏名 _____ 印

(続柄 _____)