

指定訪問介護
アレグリア ホームケア

重要事項説明書

指定訪問介護重要事項説明書

〔令和7年1月1日現在〕

1 事業者(法人)の概要

事業者(法人)の名称	ケアプライドジャパン株式会社
代表者役職・氏名	代表取締役 川杉 朗
本社所在地・電話番号	東京都青梅市河辺町六丁目2番地25
法人設立年月日	令和6年8月26日

2 サービスを提供する事業所の概要

(1)事業所の名称等

名 称	アレグリア ホームケア
事業所番号	訪問介護 (指定事業所番号 1372802262)
所在地	〒198-0036 東京都青梅市河辺町六丁目2番地25 メゾン川杉第二302
電話番号	0428-78-3607
FAX番号	0428-78-3608
通常の事業の実施地域	青梅市(御岳山、御岳、御岳本町、沢井、二俣尾、柚木町は除く)、あきる野市、日の出町、羽村市

(2)事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで (祝日、12月31日から1月3日までを除く。)
営業時間	午前9時から午後6時まで

(3)事業所の勤務体制

職 種	業務内容	勤務形態・人数
管理者	<ul style="list-style-type: none"> ・従業者と業務の管理を行います。 ・従業者に法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。 	常勤 1人 (サービス提供責任者兼務)
サービス提供責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画(ケアプラン)に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた訪問介護計画を作成し、利用者へ説明し、同意を得ます。 ・サービス担当者会議への出席等により居宅介護事業者と連携を図ります。 ・利用者の状態の変化やサービスに関する意向を定期的に把握します。 ・居宅介護支援事業者に対して、把握した利用者の服薬状況、口腔機能その他必要な情報を提供します。 ・訪問介護員の業務の実施状況を把握し、訪問介護員の業務管理を実施します。 ・訪問介護員に対する研修、技術指導を行います。 	常 勤 2 人 (内1名管理者兼務)
訪問介護員	<ul style="list-style-type: none"> ・訪問介護計画に基づき、訪問介護のサービスを提供します。 	常勤換算 2.5名以上 (サービス提供責任者を含む)

3 サービス内容

身体介護	<p>利用者の身体に直接接触して介助するサービス、利用者のADL・IADL・QOLや意欲の向上のための利用者と共に行う自立支援・重度化防止のためのサービス、その他専門的知識・技術をもって行う利用者の日常生活上・社会生活上のためのサービスを行います。</p> <p>(排泄介助、食事介助、通院介助、口腔ケア、入浴介助、清拭介助、身体整容、更衣介助、体位変換、移動介助、移乗介助、外出介助、起床介助、就寝介助、服薬介助)</p>
生活援助	<p>家事を行うことが困難な場合に、利用者に対して、家事の援助を行います。</p> <p>(掃除、洗濯、薬の受け取り、生活必需品の買い物、一般的な調理、配下膳、衣服整理・補修、アイロンがけ、ベッドメイク)</p>

4 利用料、その他の費用の額

(1)訪問介護の利用料(基本利用料及び加算)

利用した場合の基本利用料は以下のとおりです。利用者負担額は、原則として基本利用料に対して介護保険負担割合証に記載の割合(1～3割)に応じた額です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額負担となります。

※利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画明示された標準の所要時間によるものとします。

※各市町村の級地

青梅市:3級地 1単位:¥11.05

あきる野市・日の出町:5級地 1単位:¥10.70

羽村市:6級地 1単位:¥10.42

詳細の料金は次項に記載。

青梅市にお住まいの方

訪問介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
 (ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	1,801円	181円	361円	541円
	20分以上30分未満	244	2,696円	270円	540円	809円
	30分以上1時間未満	387	4,276円	448円	856円	1283円
	1時間以上	567	6,265円	627円	1,253円	1,880円
	1時間を超えて30分を増すごとに	+82	906円	91円	182円	272円
生活援助	20分以上45分未満	179	1,977円	199円	396円	594円
	45分以上	220	2,431円	244円	487円	730円
身体介護に引き続き行う生活援助	20分以上45分未満	65	718円	72円	144円	216円
	45分以上70分未満	130	1,436円	144円	288円	431円
	70分以上	195	2,154円	216円	431円	647円

特定事業所加算(Ⅱ)	加算の体制要件、人材要件を満たす場合	上記単位数の10%増
------------	--------------------	------------

同一建物減算の対象となる場合は以下のとおり	
①同一の敷地内、隣接する敷地内の建物に居住する利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
②事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
③事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に50人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の15%減
④事業所の総利用者数のうち事業所と同一建物等に居住する利用者の割合が9割以上の場合	上記単位数の12%減

- * 夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)の場合
 上記単位数の25%増し
- * 深夜(22:00～6:00)の場合
 上記単位数の50%増し
- * 訪問介護員2名派遣の場合
 (一人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められた場合で
 利用者様の同意を得て2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合。)
 上記単位数 × 200/10

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	2,210円	221円	442円	663円
緊急時訪問介護加算	1回につき(身体介護について算定)	+100	1,105円	111円	221円	332円
口腔連携強化加算	1月に1回が限度	+50	552円	56円	111円	166円
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数					
	介護職員等処遇改善加算の単位数			利用料(10割分)		
	介護報酬総単位数×22.4% ※1単位未満の端数は四捨五入			左の単位数×1単位の単価		

あきる野市・日の出町にお住まいの方

訪問介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
 (ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	¥1,744	¥175	¥349	¥524
	20分以上30分未満	244	¥2,610	¥261	¥522	¥783
	30分以上1時間未満	387	¥4,140	¥414	¥828	¥1,242
	1時間以上	567	¥6,066	¥607	¥1,214	¥1,820
	1時間を超えて30分を増すごとに	+82	¥877	¥88	¥176	¥264
生活援助	20分以上45分未満	179	¥1,915	¥192	¥383	¥575
	45分以上	220	¥2,354	¥236	¥471	¥707
身体介護に引き続き行う生活援助	20分以上45分未満	65	¥695	¥70	¥139	¥209
	45分以上70分未満	130	¥1,391	¥140	¥279	¥418
	70分以上	195	¥2,086	¥209	¥418	¥626

特定事業所加算(Ⅱ)	加算の体制要件、人材要件を満たす場合	上記単位数の10%増
------------	--------------------	------------

同一建物減算の対象となる場合は以下のとおり	
①同一の敷地内、隣接する敷地内の建物に居住する利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
②事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
③事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に50人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の15%減
④事業所の総利用者数のうち事業所と同一建物等に居住する利用者の割合が9割以上の場合	上記単位数の12%減

- * 夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)の場合 上記単位数の25%増し
- * 深夜(22:00～6:00)の場合 上記単位数の50%増し
- * 訪問介護員2名派遣の場合
 (一人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められた場合で
 利用者様の同意を得て2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合。)

上記単位数 × 200/10

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	¥2,140	¥214	¥428	¥642
緊急時訪問介護加算	1回につき(身体介護について算定)	+100	¥1,070	¥107	¥214	¥321
口腔連携強化加算	1月に1回が限度	+50	¥535	¥54	¥107	¥161
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数					
	介護職員等処遇改善加算の単位数			利用料 (10割分)		
	介護報酬総単位数×22.4% ※1単位未満の端数は四捨五入			左の単位数×1単位の単価		

羽村市にお住まいの方 訪問介護費

法定代理受領の場合は下記金額の1割、2割又は3割。
(ただし、利用者負担の減免、公費負担がある場合などは、その負担額による。)

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
身体介護	20分未満	163	¥1,698	¥170	¥340	¥510
	20分以上30分未満	244	¥2,542	¥255	¥509	¥763
	30分以上1時間未満	387	¥4,032	¥404	¥807	¥1,210
	1時間以上	567	¥5,908	¥591	¥1,182	¥1,773
	1時間を超えて30分を増すごとに	+82	¥854	¥86	¥171	¥257
生活援助	20分以上45分未満	179	¥1,865	¥187	¥373	¥560
	45分以上	220	¥2,292	¥230	¥459	¥688
身体介護に引き続き行う 生活援助	20分以上45分未満	65	¥677	¥68	¥136	¥204
	45分以上70分未満	130	¥1,354	¥136	¥271	¥407
	70分以上	195	¥2,031	¥204	¥407	¥610

特定事業所加算(Ⅱ)	加算の体制要件、人材要件を満たす場合	上記単位数の10%増
------------	--------------------	------------

同一建物減算の対象となる場合は以下のとおり	
①同一の敷地内、隣接する敷地内の建物に居住する利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
②事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に20人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の10%減
③事業所における1月当たりの利用者が同一の建物に50人以上居住する建物の利用者へのサービスの場合	上記単位数の15%減
④事業所の総利用者数のうち事業所と同一建物等に居住する利用者の割合が9割以上の場合)	上記単位数の12%減

- * 夜間(18:00～22:00)又は早朝(6:00～8:00)の場合 上記単位数の25%増し
- * 深夜(22:00～6:00)の場合 上記単位数の50%増し
- * 訪問介護員2名派遣の場合
(一人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められた場合で
利用者様の同意を得て2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合。)

上記単位数 × 200/10

【その他加算】

		(単位数)	利用料			
			10割	1割負担	2割負担	3割負担
初回加算	1月につき	+200	¥2,084	¥209	¥417	¥626
緊急時訪問介護加算	1回につき(身体介護について算定)	+100	¥1,042	¥105	¥209	¥313
口腔連携強化加算	1月に1回が限度	+50	¥521	¥53	¥105	¥157
介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1月につき(利用者ごとに、当該月の介護報酬総単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数					
	介護職員等処遇改善加算の単位数			利用料 (10割分)		
	介護報酬総単位数×22.4% ※1単位未満の端数は四捨五入			左の単位数×1単位の単価		

※ 利用者の心身の状況等により、1人の訪問介護員によるサービス提供が困難であると認められる場合で、利用者の同意を得て、2人の訪問介護員によるサービス提供を行った場合、基本利用料の2倍の料金となります。

※ 1回当たりの所要時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、訪問介護計画に明示された標準の所要時間によるものとします。

(2)交通費

通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は、訪問介護員が訪問するための交通費の実費をご負担していただきます。

なお、自動車を使用した場合は、通常の事業の実施地域を越えた地点から、1キロメートル当たり20円を請求します。

(3)キャンセル料

サービスの利用を中止した場合には、次のとおりキャンセル料をいただきます。

ただし、利用者の容態の急変や急な入院等、緊急やむを得ない事情がある場合は請求しません。なお、サービスの利用を中止する場合には、至急、御連絡ください。

ご利用日前日の午後6時までにご連絡いただいた場合	キャンセル料 なし
上記の時間以降のご連絡の場合	キャンセルになる利用にかかる利用料金 (保険給付分含む全額のうちの保険負担割合分)

(4)その他

ア 利用者の居宅でサービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用は利用者のご負担となります。

イ 通院、外出介助での訪問介護員の公共交通機関等の交通費は、実費相当を請求します。

5 利用者負担額、その他の費用の請求及び支払方法

(1)請求方法

ア 利用者負担額、その他の費用は利用月ごとの合計金額により請求します。

イ 請求書は、利用月の翌月10日頃までに利用者あてにお届けします。

(2)支払い方法等

ア 請求月の26日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。

- ・事業者が指定する口座への振り込み
- ・利用者が指定する口座からの自動振替
(土日・祝日の場合は金融機関翌営業日)

イ お支払いを確認しましたら、領収証をお渡ししますので、必ず保管してください(医療費控除の還付請求の際に必要となることがあります。)

6 秘密の保持

(1) 従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員である期間及び従業員でなくなった場合においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

(2) 事業者は、利用者からあらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者及び家族の個人情報を用いることはいたしません。

7 緊急時の対応方法

サービスの提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要があった場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、家族、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

(事前にお打ち合わせした内容を記載させていただきます)

主治医	氏名				
	医療機関				
	所在地				
	電話番号				
緊急 連絡先	第一連絡先	氏名		利用者様 との関係	
		連絡先			
	第二連絡先	氏名		利用者様 との関係	
		連絡先			
その他 備考					

8 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族、居宅介護支援事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、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。

9 サービス提供に関する相談、苦情

(1) 苦情処理の体制及び手順

※担当者が不在の場合の対応

基本的事項については全従業員が対応できるようにするとともに、営業時間外など苦情受付時に担当者が不在でも

迅速に連絡を担当者に行い引継ぎを行うようにする。

①関係機関への報告・・・苦情があった旨、担当ケアマネージャーに報告。今後の対応、予定を伝える。(当日又は時間帯によっては翌日。)場合によっては、②と順番が前後する場合あり。

②苦情原因の把握・・・当日又は時間帯によっては翌日。

利用者様より、受け付けた苦情内容を確認するとともに、今後の対応や予定を説明し了解を得る。また速やかに解決を図る旨を伝える。

③検討会の開催・・・関係者出席のもと、対応策の協議を行う。合わせて、対応策について担当ケアマネージャーに報告。

④改善の実施・・・利用者様に対し、改めて謝罪とともに対応策を説明して同意を得る。

⑤解決困難な場合・・・保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。解決出来ない場合は保険者と協議し国保連への連絡も検討する。

⑥再発防止・・・同様の苦情、事故再発防止の為、苦情受付時の記録、検討会の記録、対応の記録を保管し、従業者へ周知するとともに、マニュアル作成や研修の機会を通じて再発防止に努め、サービスの質の向上を目指す。

(2) 苦情相談窓口

担 当	管理者 川杉 朗
電話番号	0428-78-3607
受付時間	午前9時から午後6時まで
受 付 日	月曜日から金曜日まで (祝日、12月29日から1月3日までを除く。)

市町村及び国民健康保険団体連合会の苦情相談窓口等に苦情を伝えることができます。

青梅市 介護保険課 TEL0428-22-1111

あきる野市 高齢者支援課高齢者支援係 TEL042-558-1953

羽村市 健康福祉部高齢福祉介護課 介護保険係 TEL042-555-1111

日の出町介護保険係 TEL042-597-4369

東京都国民健康保険団体連合会 苦情相談窓口 TEL03-6238-0177

10 福祉サービス第三者評価の実施状況

実施の有無 有 ☐ 無 ☒

11 サービスの利用に当たっての留意事項

サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

(1) 訪問介護員はサービス提供の際、次の業務を行うことができません。

ア 医療行為

イ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書の預かりなど、金銭に関する取扱い

ウ 利用者以外の家族のためのサービス提供

エ 日常生活を営むのに支障がないもの(草むしり、花木の水やり、犬の散歩等)

オ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス提供(家具・電気器具等の移動等、大掃除等)

(2) 金品や飲食物の提供などはお断りいたします。

(3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の介護支援専門員又は当事業所の担当者へご連絡ください。

(4) 禁止行為

① 職員に対する身体的暴力(身体的な力を使って危害を及ぼす行為)

② 職員に対する精神的暴力(人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為)

③ 職員に対するセクシュアルハラスメント(意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為)

12 介護サービス契約終了

① お客様のご都合でサービス利用を終了する場合。1週間前までに文書でお申し出ください。

② 事業者の都合でサービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1か月前までに文章で通知いたします。

③ 以下の場合には双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

・利用者が介護保険施設に入所した場合

・介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当と認定された場合。

・利用者がお亡くなりになった場合や被保険者資格を喪失した場合。

④ その他

・当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合あるいは利用者・家族に対して社会通念を逸脱する行為を行った場合は、文書で解約を申し出るにより即座にサービスを終了いたします。

・利用料金の支払いが2か月以上遅延し催告したにも関わらず支払われない場合。

・利用者・家族などが当事業所のサービス従事者に対して本契約を継続し難いほどの不信行為を行った場合、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただきます。

13 歯科及びそれに準ずる事項に関連した連携協力医療機関

医療法人社団蒼昊堂
あおぞら歯科クリニックあきがわ
東京都あきる野市下代継112-5
042-532-8455

14 重要事項の説明年月日

年 月 日

指定訪問介護の提供開始に当たり、利用者に対して、重要な事項を説明しました。

事業所運営法人及び訪問介護事業者

ケアプライドジャパン株式会社
アレグリア ホームケア（事業所番号 1372802262 ）
所在地 東京都青梅市河辺町六丁目2番地25メゾン川杉第二302
代表者名 代表取締役 川杉 朗

印

説明者
事業者名 アレグリア ホームケア

氏 名 _____ 印

私は、事業者から重要な事項の説明を受け、サービスの提供開始について同意しました。

利用者 住所

氏名 _____ 印

（代理人・・・本人が署名できない場合）
住所

氏名 _____ 印