

**指定（介護予防）訪問介護・
江東区介護予防・日常生活支援総合事業
重要事項説明書**

〔令和 7年 3月 1日現在〕

1 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	有限会社リキケア
代表者役職・氏名	取締役 梅田 まり子
本社所在地・電話番号	東京都江東区東陽四丁目8番3号
法人設立年月日	平成 16年 12月 2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	リキケア
事業所番号	訪問介護 江東区介護予防・日常生活支援総合事業 (指定事業所番号 1370802413)
所在地	〒135-0016 東京都江東区東陽四丁目8番3号
電話番号	03-3645-0377
FAX番号	03-3645-0402
通常の事業の実施地域	江東区、墨田区、台東区、江戸川区、中央区

（2）事業所の窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日まで (国民の休祝日、12月30日 から 1月 3日までを除く。)
営業時間	午前9時00分 から 午後6時00分 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	・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	・訪問介護計画（介護予防訪問介護計画）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。 ・訪問介護員の業務の実施状況を把握します。	常 勤 3人

	・訪問介護員に対する研修、技術指導を行います。	
訪問介護員	訪問介護計画（介護予防訪問介護計画）に基づき、訪問介護のサービスを提供します。	常 勤 4人 非常勤 11人

3 サービス内容

身体介護	利用者の身体に直接接して介助するサービス、利用者の日常生活動作能力や意欲の向上のための利用者とともに行う自立支援のためのサービスを行います。 （排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、体位変換、服薬介助、通院・外出介助）
生活援助	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。 （調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受け取り、衣類の整理）
江東区介護予防・日常生活支援総合事業	訪問型サービス

4 利用料、その他の費用の額

（１）訪問介護の利用料

ア 基本利用料

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の１割～３割の額となり、以下の計算式を用いて求めます。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。

【基本利用料（10割分）の計算】

基本利用料＝【単位数×一単位の単価（端数は切り捨て）】

【利用者負担額（１割分）の計算】

利用者負担額＝【10割分の額－（10割分の額×0.9（１円未満切捨て））】

江東区の１単位の単価：11.40円（１級地）

区分	１回当たりの所要時間	単位数	基本利用料	利用者負担額
身体介護	20分未満	163	1,858円	186円/372円/558円
	20分以上30分未満	244	2,781円	279円/557円/835円
	30分以上1時間未満	387	4,411円	442円/883円/1,324円
	1時間以上1時間30分未満	567	6,463円	647円/1,293円/1,939円
身体介護	1時間30分以上 （30分増すごとに加算）	＋82	935円を加算	94円/187円/281円を加算
引き続き生活援助を算定する場合 （25分増すごとに加算）		＋65	741円を加算	75円/149円/223円を加算
生活援助	20分以上45分未満	179	2,040円	204円/408円/612円を加算
	45分以上	220	2,508円	251円/502円/753円を加算

※ 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。

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	単位数	利用料	利用者負担額
夜間・早朝加算	夜間(18時～22時)、早朝(6時～8時)にサービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の25%		
深夜加算	深夜(22時～翌朝6時)にサービスを提供した場合	1回につき 基本利用料の50%		
緊急時訪問介護加算	利用者や家族等からの要請を受け、緊急に身体介護サービスを行った場合	+100	1回につき 1,140円	114円 ／228円
初回加算	新規に訪問介護計画を作成した利用者に、サービス提供責任者が自ら訪問介護を行うか他の訪問介護員に同行した場合	+200	1月につき 2,280円	228円 ／456円
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合(初回の訪問介護から3か月間を限度)	+100	1月につき 1,140円	114円 ／228円
介護職員等処遇改善加算	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			
新加算	要件	処遇改善加算の単位数		利用料 (10割分)
	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	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

②サービスの実施による減算

以下の要件を満たす場合、下記の額を算定します。

減算の種類	減算の要件	算定額
事業所と同一建物に居住する利用者へのサービス提供減算	当事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上にサービス提供する場合	上記基本部分の90%

(2) 江東区介護予防・日常生活支援総合事業(江東区の被保険者について適用します。)

ア 基本利用料

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の1割～3割の額となり、以下の計算式を用いて求めます。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。

【基本利用料(10割分)の計算】

基本利用料＝【単位数×一単位の単価(端数は切り捨て)】

【利用者負担額(1割分)の計算】

利用者負担額＝【10割分の額－(10割分の額×0.9(1円未満切捨て))】

区分	サービス内容	単位数	基本利用料	利用者負担額
独自	1週間に1回程度の訪問介護が必要とされた場合	1,168	1月につき 13,315円	1,332円 ／2,663円
	1週間に2回程度の訪問介護が必要とされた場合	2,335	1月につき 26,619円	2,662円 ／5,324円
	1週間に3回程度の訪問介護が必要とされた場合	3,704	1月につき 42,225円	4,223円 ／8,445円

区分	サービス内容	単位数	基本利用料	利用者負担額
独自/定率	1週間に1回程度の訪問介護が必要とされた場合	967	1月につき 11,023円	11,02円 ／2,205円
	1週間に2回程度の訪問介護が必要とされた場合	1,934	1月につき 22,047円	1,863円 ／3,725円
	1週間に3回程度の訪問介護が必要とされた場合	3,065	1月につき 34,941円	3,494円 ／6,988円

イ 加算

要件を満たす場合に、基本利用料に以下の料金が加算されます。(単独型を除く)

①サービスの実施による加算

加算の種類	要件	単位数	利用料	利用者負担額
生活機能向上連携加算	訪問リハビリテーションの理学療法士等とサービス提供責任者が共同して訪問介護計画を作成した場合(初回の訪問介護から3か月間を限度)	+100	1月につき 1,140円	114円 ／228円
介護職員処遇改善加算	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			
加算(Ⅱ)	要件	処遇改善加算の単位数		利用料 (10割分)
	キャリアパス要件及び定量的要件をすべて満たす対象事業所	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

(3) 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、次の額を請求します。

- | | |
|-----------------------|--------|
| 1) 事業所から片道おおむね 10km未満 | 800円 |
| 2) 事業所から片道おおむね 10km以上 | 1,600円 |

(4) キャンセル料（介護予防を除く）

利用予定日の前日17時以降にキャンセルをした場合は、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、ご連絡ください。

① ご利用前日の17時までにご連絡いただいた場合	無料
② ご利用前日の17時以降の連絡、またはご連絡がなかった場合	1,000円

(5) その他

- ① 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。
- ② 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

- ① 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。
- ② 請求書は、利用月の翌月15日までに利用者あてにお届けしますので、翌々月5日までにお支払いください。

(2) 支払い方法等

- ① 請求月の末日までに、下記のいずれかの方法でお支払いください。
 - ・現金払い（集金）
 - ・事業者が指定する口座への振り込みなお、振込手数料は請求額より引き去りください。
- ② 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場合があります。）。

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ます。

- (2) 利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の個人情報を用いません。また利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。
- (3) 利用者又はその家族の個人情報について、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めます。

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。

※ サービス開始時緊急・事故連絡表を作成します。

主治の医師	医療機関の名称	
	氏 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊急連絡先 (家族等)	氏 名	
	電 話 番 号	

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、区市町村、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。

なお、事業者は下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	日新火災海上保険株式会社
保険名	統合賠償責任保険

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

ア サービス提供に関する相談及び苦情を受けるための窓口を設置します。

イ 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は別紙のとおりです。

(2) 苦情相談窓口

担 当	お客様サービス受付係 藤 井 清 久
電話番号	03-3645-0377
受付時間	午前10時00分 から 午後5時00分 まで
受 付 日	月曜日から金曜日まで (国民の休日、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。

江東区役所介護保険課	03-3647-4319
江戸川区役所介護保険課相談係	03-5661-2467
墨田区役所介護保険課	03-5608-6924
台東区役所高齢福祉課	03-5246-1222
中央区京橋おとしより相談センター	03-3545-1107
東京都国民健康保険団体連合会 介護保険部相談指導課	03-6238-0177 (苦情相談専用)

10 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。

- ① 医療行為
- ② 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
- ③ 利用者以外の家族のためのサービス提供
- ④ 訪問介護員が行わなくても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）
- ⑤ 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（又は長寿サポートセンター）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

令和 年 月 日

指定訪問介護、指定介護予防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。

事業者

説明者

所在地 東京都江東区東陽四丁目8番3号

事業所名 リキケア

サービス提供責任者

氏 名

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

(代理人) 住所

氏名

(続柄)