

## 訪問介護重要事項説明書

あなた（利用者）に対するサービスの提供開始にあたり、東京都条例の規定に基づき、当事業者が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（法人）の概要

|            |                             |
|------------|-----------------------------|
| 事業者（法人）の名称 | グッドワン株式会社                   |
| 主たる事務所の所在地 | 〒135-0002 東京都江東区住吉一丁目14番11号 |
| 代表者（職名・氏名） | 代表取締役社長 高橋 倫子               |
| 設立年月日      | 平成28年12月1日                  |
| 電話番号       | 03-6284-0411                |

### 2. ご利用事業所の概要

|             |                               |            |
|-------------|-------------------------------|------------|
| ご利用事業所の名称   | グッドワン南部営業所                    |            |
| サービスの種類     | 訪問介護                          |            |
| 事業所の所在地     | 〒135-0053 東京都江東区辰巳一丁目2番9号-103 |            |
| 電話番号        | 03-6457-0070                  |            |
| 指定年月日・事業所番号 | 平成29年9月1日指定                   | 1370805994 |
| 管理者の氏名・兼務職種 | 日暮 久恵                         | サービス提供責任者  |
| 通常の事業の実施地域  | 江東区                           |            |

### 3. 事業の目的と運営の方針

|       |                                                                                                                                  |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるよう、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。             |
| 運営の方針 | 事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する区市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、適切なサービスの提供に努めます。 |

#### 4. 提供するサービスの内容

訪問介護は、訪問介護員等が利用者のお宅を訪問し、入浴、排せつ、食事等の介助又は、調理、洗濯や掃除等の家事など、日常生活上の世話をを行うサービスです。

具体的には、サービスの内容により、以下の区分に分けられます。

|        |                                                                                                                              |
|--------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① 身体介護 | 利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。<br>例) 起床介助、就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭(せいしき)、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など |
| ② 生活援助 | 家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。<br>例) 調理、洗濯、掃除、買物代行、薬の受取り                                                                     |

#### 5. 営業日時

|      |                                                                          |
|------|--------------------------------------------------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から土曜日まで<br>ただし、年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。                               |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時30分まで<br>ただし、利用者の希望に応じて、サービスの提供については、24時間対応可能な体制を整えるものとします。 |

#### 6. 事業所の職員体制（令和8年6月1日現在）

| 従業者の職種              | 勤務の形態・人数 |     |     |       |
|---------------------|----------|-----|-----|-------|
| 介護福祉士               | 常 勤      | 3 人 | 非常勤 | 6 人   |
| 実務者研修修了者・基礎研修       | 常 勤      | 1 人 | 非常勤 | 2 人   |
| ホームヘルパー 1 級研修修了者    | 常 勤      | —   | 非常勤 | 1 人   |
| 介護職員初任者研修（2 級含む）修了者 | 常 勤      | —   | 非常勤 | 1 0 人 |

#### 7. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の責任者は下記のとおりです。

サービス利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

|              |  |
|--------------|--|
| サービス提供責任者の氏名 |  |
|--------------|--|

#### 8. 虐待防止の責任者

虐待防止に関する責任者を下記のとおり選定し、ご利用者様等の人権の擁護・虐待の防止等のために、必要な措置を講じます。

|                 |       |
|-----------------|-------|
| 虐待防止責任者の氏名（管理者） | 日暮 久恵 |
|-----------------|-------|

## 9. 利用料

あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割又は3割）の額です。ただし、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

### （１）基本部分

| サービスの内容     |                 | 基本利用料                    | 利用者負担金     |            |            |
|-------------|-----------------|--------------------------|------------|------------|------------|
| 1 回あたりの所要時間 |                 |                          | 1 割負担      | 2 割負担      | 3 割負担      |
| 身体介護        | 3 0 分未満         | 2, 7 8 1 円               | 2 7 9 円    | 5 5 7 円    | 8 3 5 円    |
|             | 6 0 分未満         | 4, 4 1 1 円               | 4 4 2 円    | 8 8 3 円    | 1, 3 2 4 円 |
|             | 9 0 分未満         | 6, 4 6 3 円               | 6 4 7 円    | 1, 2 9 3 円 | 1, 9 3 9 円 |
|             | 1 2 0 分未満       | 7, 3 9 8 円               | 7 4 0 円    | 1, 4 8 0 円 | 2, 2 2 0 円 |
|             | 1 2 0 分以上       | 3 0 分増すごとに<br>9 3 4 円を加算 | 3 0 分増すごとに |            |            |
|             |                 |                          | 9 4 円を加算   | 1 8 7 円を加算 | 2 8 1 円を加算 |
| 生活援助        | 2 0 分以上 4 5 分未満 | 2, 0 4 0 円               | 2 0 4 円    | 4 0 8 円    | 6 1 2 円    |
|             | 4 5 分以上         | 2, 5 0 8 円               | 2 5 1 円    | 5 0 2 円    | 7 5 3 円    |

・ 事業所と同一建物の利用者の場合は、上記の料金から10%減算されます。

（注1）「身体介護中心型」及び「生活援助中心型」において、ケアプランに基づき利用者の同意を得て、同時に2人の訪問介護員等がサービス提供した場合は、上記基本利用料の2倍の額となります。

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

（注2）上記本文にも記載のとおり、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額をご負担いただくこととなりますのでご注意ください。

## (2) 加 算

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

| 加算の種類           | 加算の要件                                      | 加算額                           |        |      |      |
|-----------------|--------------------------------------------|-------------------------------|--------|------|------|
|                 |                                            | 基本利用料                         | 利用者負担金 |      |      |
|                 |                                            |                               | 1割負担   | 2割負担 | 3割負担 |
| ① 初回加算          | 新規（過去2ヶ月間サービス利用がなかった）利用者へサービス提供した場合（1月につき） | 2,280円                        | 228円   | 456円 | 684円 |
| ② 緊急時訪問介護加算     | 利用者や家族等からの要請を受け、緊急にサービスを提供した場合（1回につき）      | 1,140円                        | 114円   | 228円 | 342円 |
| ③ 夜間・早朝、深夜加算    | 夜間（18～22時）又は早朝（6～8時）にサービス提供する場合            | 上記基本部分の25%                    |        |      |      |
|                 | 深夜（22時～翌朝6時）にサービス提供する場合                    | 上記基本部分の50%                    |        |      |      |
| ④ 介護職員等処遇改善加算Ⅱロ | 当該加算の算定要件を満たす場合                            | 一月の利用料金の26.6%<br>（基本料金＋①＋②＋③） |        |      |      |

※④の加算は、区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

## (3) キャンセル料（消費税込み）

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます（2人対応の場合は、派遣人数分のキャンセル料が必要。）。ただし、あなたの体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

| キャンセルの時期                                                   | キャンセル料 |
|------------------------------------------------------------|--------|
| 午前利用予定：前日午後5時までにご連絡をいただいた場合<br>午後利用予定：当日午前9時までにご連絡をいただいた場合 | 無 料    |
| 上記までにご連絡がなかった場合                                            | 2,100円 |

## (4) その他の料金

- ① 通常の事業の実施地域内の交通費は無料ですが、それ以外の地域へのサービス提供の場合、従業者の交通費の実費をご負担いただく場合があります。
- ② 居宅においてサービス実施のために使用する水道・ガス・電気・電話の費用、通院介助など外出に係る従業者の交通費は、利用者負担となります。

## （５）支払方法

毎月１５日頃までに前月分の請求をいたしますので、次の３つのいずれかの方法により、月末までにお支払ください。利用者負担金の支払を受けた後、領収書を発行いたします。

| 支払方法   | 支払い要件等                                                                         |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引落とし | サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）に、あなたが指定する口座より引き落とします。                           |
| 銀行振込み  | サービスを利用した月の翌月の末日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する口座にお振り込みください。<br>※ 振込手数料は利用者負担となります。 |
| 現金払い   | サービスを利用した月の翌月の末日（休業日の場合は直前の営業日）までに、現金でお支払いください。                                |

## １０．緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに別紙の主治医及び家族等へ連絡を行うと共に介護支援専門員へ連絡を行います。

※別紙緊急連絡表

## １１．事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び区市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## １２．苦情相談窓口

（１）サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

|         |                                  |
|---------|----------------------------------|
| 事業所相談窓口 | 電話番号 ０３－６４５７－００７０<br>担当者氏名 日暮 久恵 |
|---------|----------------------------------|

（２）サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

|        |                        |                   |
|--------|------------------------|-------------------|
| 苦情受付機関 | 江東区介護保険課<br>介護サービス利用相談 | 電話番号 ０３－３６４７－４３１９ |
|        | 東京都国民健康保険団体連合会         | 電話番号 ０３－６２３８－０１７７ |

※ 詳細は、「苦情解決のために講ずる措置の概要」のとおり

## １３．第三者評価の実施状況

なし

#### 14. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービス提供の際、訪問介護員等は以下の業務を行うことができませんので、あらかじめご了解ください。
  - ① 医療行為及び医療補助行為
  - ② 各種支払いや年金等の管理、金銭の貸借など、金銭に関する取扱い
  - ③ 他の家族の方に対する食事の準備など
- (2) 下記のような行為があり、ハラスメントに該当すると認められた場合、サービスを中止させていただきます。
  - ① 暴力又は乱暴な言動、無理な要求
    - ・物を投げつける
    - ・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける
    - ・怒鳴る、奇声・大声を発する
    - ・対象範囲外のサービスの強要
  - ② セクシュアルハラスメント
    - ・訪問介護員等の体を触る、手を握る
    - ・腕を引っ張り抱きしめる
    - ・ヌード写真（画像）を見せる
    - ・性的な話や卑猥な言動をする など
  - ③ その他
    - ・訪問介護員等の自宅の住所や電話番号を聞く
    - ・ストーカー行為 など
- (3) 万が一、感染症、身体状況等によっては、ご利用をお断りする場合があります。
- (4) 訪問介護員等に対し、贈り物や飲食物の提供などはお断りいたします。
- (5) 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。

## 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要

|            |            |
|------------|------------|
| 事業所又は施設名   | グッドワン南部営業所 |
| 申請するサービス種類 | 訪問介護       |

| 措 置 の 概 要 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1         | <p>利用者からの相談又は苦情等に対応する常設の窓口（連絡先）、担当者の設置</p> <p>① 連絡先                      TEL 03-6457-0070</p> <p>② 担当者名                  日暮 久恵</p> <p>③ 受付時間                  8:30～17:30</p> <p>④ 担当者が不在の場合の対応      携帯電話へ転送</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 2         | <p>円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順</p> <p>① 苦情原因の把握<br/>当日、翌日又は近日中に利用者宅に訪問し、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。又速やかに解決を図る旨を伝達する。</p> <p>② 検討会の実施<br/>苦情内容の原因を分析するため、関係者の出席のもと対応策の協議を行う。</p> <p>③ 改善の実施<br/>利用者に対し、対応策を説明し、同意を得るとともに改善を速やかに実施し改善状況を確認する。（損害を賠償すべき事故が発生した場合は速やかに損害賠償する）</p> <p>④ 解決困難な場合<br/>下記の保険者に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。又解決できない場合には、保険者と協議し国保連への連絡も検討する。</p> <p>・東京都国民健康保険団体連合会<br/>住所: 東京都千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階                  TEL : 03-6238-0177</p> <p>・江東区介護保険課介護サービス利用相談<br/>住所: 東京都江東区東陽4-11-28                                          TEL : 03-3647-4319</p> <p>⑤ 再発防止<br/>同様の苦情・事故が起こらないように、苦情処理の内容を記録した『苦情処理マニュアル』を作成し、従業員へ周知するとともに、改善・再発防止の研修会を開催してサービスの質の向上を目指す。</p> <p>⑥ 事故発生時の対応等<br/>サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の介護支援専門員及び区市町村等関係機関へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> |
| 3         | <p>その他参考事項</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

|     |         |                         |   |
|-----|---------|-------------------------|---|
| 事業者 | 所在地     | 東京都江東区住吉 1-14-11        |   |
|     | 事業者名    | グッドワン株式会社               |   |
|     | 代表者職・氏名 | 代表取締役社長 高橋 倫子           | 印 |
| 事業所 | 所在地     | 東京都江東区辰巳一丁目 2 番 9 号-103 |   |
|     | 事業所名    | グッドワン南部営業所              |   |
|     | 説明者職・氏名 |                         | 印 |

私は、事業者より上記の重要事項について説明を受け、同意しました。

|     |    |  |   |
|-----|----|--|---|
| 利用者 | 住所 |  |   |
|     | 氏名 |  | 印 |

|                |        |  |   |
|----------------|--------|--|---|
| 署名代行者（又は法定代理人） |        |  |   |
|                | 住所     |  |   |
|                | 氏名     |  | 印 |
|                | 本人との続柄 |  |   |

|     |        |  |   |
|-----|--------|--|---|
| 立会人 | 住所     |  |   |
|     | 氏名     |  | 印 |
|     | 本人との続柄 |  |   |