

居宅介護・重度訪問介護・同行援護 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、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	居宅介護・重度訪問介護・同行援護	
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	1310802002
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	障害者（児）及び難病等対象者の心身状況、その置かれている環境等に応じて、自立した日常生活を営むことができるよう、生活全般にわたる支援を行うこととします。
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、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」と略します。）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、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

（1）居宅介護

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。（起床介助、排泄介助、食事介助、更衣介助、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助など）
家事援助	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。（調理、洗濯、掃除、買物代行、薬の受取り、衣服の整理など）

通院等介助	通院等又は官公署並びに指定相談支援事業所への移動のための介助、通院先等での受診等の手続・移動等の介助（院内介助を要する場合）を行います。
-------	--

（２）重度訪問介護

重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常時介護を必要とする方に、居宅において入浴・排せつ・食事等の介護サービスや調理・洗濯・掃除等の家事援助、その他の生活全般にわたる見守り等の支援を行います。
--------	---

（３）同行援護

同行援護	移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む）、移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護、排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助を行います。
------	--

５．営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで 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 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・基礎研修修了者	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

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

居宅介護・重度訪問介護・同行援護（以下「居宅介護等」と略します。）に係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額（居宅介護等に要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。また、居宅介護等に要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。なお、障害者総合支援法第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がある場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。（詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。）

居宅介護等サービス提供に要した総費用額は、「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス等及び基準該当障害福祉サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第523号）」別表介護給付費等単位数表により算定する単位数（下記表）に「厚生労働大臣が定める一単位の単価（平成18年厚生労働省告示第539号）」を乗じて得た額となります。

$$\text{総費用額} = \text{月合計給付単位数} (\text{①基本サービス単位数} + \text{②加算単位数}) \times \text{一単位の単価}$$

【基本料金】

① 居宅介護

サービスの内容 1回あたりの所要時間		単位数	基本利用料	利用者負担額 (基本利用料の1割)
身体介護 (通院等介助(身体介護有))	30分未満	256	2,867円	286円
	30分以上60分未満	404	4,524円	452円
	60分以上90分未満	587	6,574円	657円
	90分以上120分未満	669	7,492円	749円
	120分以上150分未満	754	8,444円	844円
	150分以上180分未満	837	9,374円	937円
	180分以上(30分増す毎に右単位に+83単位)	921	10,315円 (+929円/30分)	1,031円 (+92円/30分)
家事援助	30分未満	106	1,187円	118円
	30分以上45分未満	153	1,713円	171円
	45分以上60分未満	197	2,206円	220円
	60分以上75分未満	239	2,676円	267円
	75分以上90分未満	275	3,080円	308円
	90分以上(15分増す毎に右単位に+35単位)	311	3,483円 (+392円/15分)	348円 (+39円/15分)

(身体介 無) 通 院 等 介 助	30分未満	106	1,187円	118円
	30分以上60分未満	197	2,206円	220円
	60分以上90分未満	275	3,080円	308円
	90分以上(30分増す毎 に右単位に+69単位)	345	3,864円 (+772円/30分)	386円 (+77円/30分)
・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。				

② 重度訪問介護（病院等に入院又は入所中の障害者へのサービスも含みます）

1 回あたりの所要時間	単位数	基本利用料	利用者負担額 (基本利用料の 1 割)
1 時間未満	1 8 6	2, 0 8 3 円	2 0 8 円
1 時間以上 1 時間 3 0 分未満	2 7 7	3, 1 0 2 円	3 1 0 円
1 時間 3 0 分以上 2 時間未満	3 6 9	4, 1 3 2 円	4 1 3 円
2 時間以上 2 時間 3 0 分未満	4 6 1	5, 1 6 3 円	5 1 6 円
2 時間 3 0 分以上 3 時間未満	5 5 3	6, 1 9 3 円	6 1 9 円
3 時間以上 3 時間 3 0 分未満	6 4 4	7, 2 1 2 円	7 2 1 円
3 時間 3 0 分以上 4 時間未満	7 3 6	8, 2 4 3 円	8 2 4 円
4 時間以上 8 時間未満	8 2 1	9, 1 9 5 円	9 1 9 円
30 分増す毎に右単位に＋85 単位		＋ 9 5 2 円/30 分	＋95 円/30 分
8 時間以上 1 2 時間未満	1, 5 0 5	1 6, 8 5 6 円	1, 6 8 5 円
30 分増す毎に右単位に＋85 単位		＋952 円/30 分	＋95 円/30 分
1 2 時間以上 1 6 時間未満	2, 1 8 4	2 4, 4 6 0 円	2, 4 4 6 円
30 分増す毎に右単位に＋81 単位		＋907 円/30 分	＋90 円/30 分
1 6 時間以上 2 0 時間未満	2, 8 3 4	3 1, 7 4 0 円	3, 1 7 4 円
30 分増す毎に右単位に＋86 単位		＋963 円/30 分	＋96 円/30 分
2 0 時間以上 2 4 時間未満	3, 5 2 0	3 9, 4 2 4 円	3, 9 4 2 円
30 分増す毎に右単位に＋80 単位		＋896 円/30 分	＋89 円/30 分
・以下の状況の際は、上記の料金に一定割合で加算されます。			
ア) 重度障害者の場合（受給者証上「区分 6 で著しく重度」）＝ 1 5 %加算			
イ) 区分 6 に該当する場合（受給者証上「区分 6 該当者」）＝ 8 . 5 %加算			
ウ) 熟練従業者が同行して支援を行う場合＝ 1 8 0 %加算			
・病院等に入院又は入所中の障害者で 9 0 日以上利用の場合は、 2 0 %減算されます。			

③ 同行援護

1回あたりの所要時間	単位数	基本利用料	利用者負担額 (基本利用料の1割)
30分未満	191	2,139円	213円
30分以上1時間未満	302	3,382円	338円
1時間以上1時間30分未満	436	4,883円	488円
1時間30分以上2時間未満	501	5,611円	561円
2時間以上2時間30分未満	566	6,339円	633円
2時間30分以上3時間未満	632	7,078円	707円
3時間以上(30分増す毎に右単位に+66単位)	697	7,806円 (+739円/30分)	780円 (+73円/30分)
以下の状況の際は、上記の料金に一定割合で加算されます。			
ア) 区分3に該当する場合＝20%加算			
イ) 区分4以上に該当する場合＝40%加算			

【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	利用者負担額 (基本利用料の1割)
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)	2,240円	224円
② 緊急時対応加算	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)	1,120円	112円
③ 利用者負担上限額管理加算	利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合(1月につき)	1,680円	168円
④ 移動介護加算	1時間未満	1,120円	112円
	1時間以上1時間30分未満	1,400円	140円
	1時間30分以上2時間未満	1,680円	168円
	2時間以上2時間30分未満	1,960円	196円
	2時間30分以上3時間未満	2,240円	224円
	3時間以上	2,800円	280円

加算の種類	加算の要件	加算額	
		基本利用料	利用者負担額 (基本利用料の1割)
⑤ 入院時支援連携加算	入院前に事業所の職員と医療機関の職員が事前調整を行った場合（1回を限度）	3,360円	336円
⑥ 夜間・早朝、深夜加算	夜間（18時～22時）又は早朝（6時～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%	
⑦ 福祉・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（基本料金＋①～⑥の加算）の44.1% (重度訪問介護のみ36.7%)	

※④の加算は、重度訪問介護のみで、2人の従業者による場合は200%、熟練従業者が同行して支援を行う場合は180%、それぞれ加算されます。

※⑤の加算は、重度訪問介護のみです。

（２）キャンセル料（消費税込み）

利用予定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等、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 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

（３）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、入場料等が必要な場合は、利用者負担となります。

（４）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。 ※ 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、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。※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、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
	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	江東区障害者施策課	電話番号	03-3647-9350
	福祉サービス運営適正化委員会	電話番号	03-5283-7020

※ 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、居宅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（又は相談支援専門員）又は当事業所の担当者へご連絡ください。

利用者(入所者)又はその家族からの苦情を解決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	居宅介護・重度訪問介護・同行援護

措 置 の 概 要

- 1 利用者(入所者)又はその家族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
 - ① 連絡先 TEL : 03-6457-0070 FAX : 03-6457-0072
 - ② 担当者名 日暮 久恵
 - ③ 受付時間 8:30～17:30
 - ④ 担当者が不在の場合の対応 携帯電話へ転送

- 2 円滑かつ迅速に苦情を解決するための処理体制・手順
 - ① 苦情原因の把握
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。
 - ② 検討会の実施
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。
 - ③ 改善の実施
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)
 - ④ 解決困難な場合
区に連絡し、助言・指導を得て改善を行う。又解決できない場合には、区と協議し福祉サービス運営適正化委員会への連絡も検討する。

・江東区障害福祉部障害者施策課指導検査係
 住所: 東京都江東区東陽4-11-28

TEL : 03-3647-9350

・福祉サービス運営適正化委員会
 住所: 東京都千代田区神田駿河台1-8-11

TEL : 03-5283-7020
 - ⑤ 再発防止
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、従業者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。
 - ⑥ 事故発生時の対応等
事故が発生した場合は、速やかに必要な措置を講じられるよう、あらかじめ関係機関との対応方法を定め、関係機関に周知し、協力を依頼する。

- 3 その他参考事項

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		