

# 訪問介護 重要事項説明書

## 1. 事業者が提供するサービスについての相談窓口

電話：03-6805-9251（月曜日～金曜日 午前9：00～午後6：00）

担当：管理者 宮川 正臣

ご不明な点は、何でもお尋ね下さい。

## 2. 訪問介護事業所の概要

### (1) 事業者の事業所番号及びサービス提供地域

事業所名	クウの翼ケア
所在地	東京都世田谷区等々力4-4-1 喜島ビル1F
電話番号	03 (6805) 9251
FAX	03 (6805) 9925
介護保険指定番号	第1371212679号 東京都
サービスを提供する地域(※)	世田谷区・目黒区・大田区

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

### (2) 営業時間

月曜日～金曜日 午前9：00～午後6：00

(土日・祝祭日・年末年始12/30～1/3は休業)

尚、時間外休日は、転送電話による対応を行っております。

### (3) サービスの提供時間帯

時間帯	早朝	通常時間帯	夜間
	6:00～8:00	8:00～18:00	18:00～22:00
平日	○	○	○
土日祝祭日	○	○	○

※ 時間帯により料金が異なります。

※ 早朝(6：00～8：00)深夜(22：00～6：00)のご利用につきましてはご相談ください。

### (4) 事業所の職員体制、従事者

#### ① 事業所の職員体制は、下記の通りです。

- ・管理者：業務の一元的な管理
- ・サービス提供責任者：利用申込に係る調整、訪問介護計画の作成・変更及び利用者・家族への説明、訪問介護員への技術指導等サービス提供の管理。利用者の口腔に関する問題や服薬状況等に関わる気づきをサービス関係者と情報共有する。
- ・訪問介護員：訪問介護の提供

#### ② 前項において「訪問介護員」は、介護福祉士、実務者研修修了者、訪問介護員養成研修1,2級修了者、介護職員初任者研修修了者をいいます。また生活援助中心型のサービスについては、そのサービスに必要な知識等に対応した研修の修了者も含む。

- ③ サービスの提供に当たっては、事業者が選任した訪問介護員がサービスを行います。事業者の都合により訪問介護員を交代することがあります。その場合、お客様及び介護者に対して、サービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。
- ④ 利用者は、選任された訪問介護員の交代を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適当と認められる事情その他交代を希望する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護員の交代を申し出ることができます。

(5) サービス従事者の禁止事項

サービス従事者は、利用者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次の各号に該当する行為を行いません。

- ①利用者又はご家族様等からの金銭又は物品の授受
- ②利用者のご家族様等に対する訪問介護サービスの提供
- ③飲酒及び喫煙
- ④利用者又はご家族様等に対して行う宗教・政治活動、個人的な営利活動
- ⑤その他利用者又はご家族等に対する迷惑行為

3. サービス内容

- (1) 身体介護：食事介助、排泄介助、入浴介助（清拭）、着替え介助、体位変換、服薬、口腔ケア等
- (2) 生活援助：食事の支度、洗濯、掃除、買物、薬の受け取り 等

4. 利用料金

(1) 利用料 次項【料金表の通り】

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本利用料のうち介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。ただし、介護保険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。

(2) 加算 次項【料金表の通り】

(3) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域の方は、通常の事業の実施地域を越えて行う指定訪問介護に要した交通費は、その実費を頂戴します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額といたします。事業所から、通常の実施地域を越えて1kmにつき100円（100m単位とし、端数は切り上げとする）

(4) キャンセル料

急なキャンセルの場合は、下記の料金を頂きます。キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡下さい。（連絡先 電話：03-6805-9251）

時 期	キャンセル料
ご利用の前日午後6時までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の当日のキャンセル	2,000円

【料金表】

令和6年4月1日現在

訪問介護料金表

サービス内容略称	提供回数	(単位数)	1ヶ月利用料 (円)			
			10割	利用者負担割合1割	利用者負担割合2割	利用者負担割合3割
身体介護01	身体介護が中心20分未満	163	1,858	186	372	557
身体介護1	身体介護が中心20分以上30分未満	244	2,782	278	556	834
身体1生活1	身体介護が中心20分以上30分未満に引き続き生活援助20分以上45分未満行った場合	309	3,523	352	705	1,057
身体1生活2	身体介護が中心20分以上30分未満に引き続き生活援助45分以上70分未満行った場合	374	4,264	426	853	1,279
身体1生活3	身体介護が中心20分以上30分未満に引き続き生活援助70分以上行った場合	439	5,005	500	1,001	1,501
身体介護2	身体介護が中心30分以上1時間未満	387	4,412	441	882	1,324
身体2生活1	身体介護が中心30分以上1時間未満に引き続き生活援助20分以上45分未満行った場合	452	5,153	515	1,031	1,546
身体2生活2	身体介護が中心30分以上1時間未満に引き続き生活援助45分以上70分未満行った場合	517	5,894	589	1,179	1,768
身体2生活3	身体介護が中心30分以上1時間未満に引き続き生活援助70分以上行った場合	582	6,635	663	1,327	1,990
身体介護3	身体介護が中心1時間以上1時間半未満	567	6,464	646	1,293	1,939
身体3生活1	身体介護が中心1時間以上1時間半未満に引き続き生活援助20分以上45分未満行った場合	632	7,205	720	1,441	2,161
身体3生活2	身体介護が中心1時間以上1時間半未満に引き続き生活援助45分以上70分未満行った場合	697	7,946	795	1,589	2,384
身体3生活3	身体介護が中心1時間以上1時間半未満に引き続き生活援助70分以上行った場合	762	8,687	869	1,737	2,606
<small>身体介護が所要時間1時間半以上の場合は567単位に所要時間30分を増すごとに82単位を加算した単位数                      身体介護に引き続き生活援助を行った場合 所要時間が20分から起算して25分を増すごとに65単位を加算した単位数</small>						
生活援助2	20分以上45分未満	179	2,041	204	408	612
生活援助3	45分以上	220	2,508	251	502	752

- \* 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
- \* 深夜(22:00～6:00)の場合 上記単位数の50%増
- \* 訪問介護員2名派遣の場合 上記単位数の200%増

訪問介護 加算料金表

加算内容		(単位数)	1ヶ月利用料 (円)			
			10割	利用者負担割合1割	利用者負担割合2割	利用者負担割合3割
初回加算	1月につき	+200	2,280	228	456	684
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	1,140	114	228	342
口腔連携強化加算	月1回程度	+50	570	57	114	171
生活機能向上連携加算(Ⅰ)	1月につき	+100	1,140	114	228	342
生活機能向上連携加算(Ⅱ)	1月につき	+200	2,280	228	456	684

2024年4月5月	介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	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	介護職員処遇改善加算料金の計算方法 加算総額A=介護報酬総単位数×0.137(加算率)×11.4(地域単位数) 1割負担の方=A-(A×0.9) 2割負担の方=A-(A×0.8) 3割負担の方=A-(A×0.7)
	介護職員等特定処遇改善加算(Ⅱ)	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	介護職員特定処遇改善加算料金の計算方法 加算総額B=介護報酬総単位数×0.042(加算率)×11.4(地域単位数) 1割負担の方=B-(B×0.9) 2割負担の方=B-(B×0.8) 3割負担の方=B-(B×0.7)
	介護職員等ベースアップ等支援加算	処遇改善加算を取得している事業所 賃上げ効果の継続に資するよう、加算額の2/3は介護職員等のベースアップ等に使用すること	介護職員等ベースアップ等支援加算料金の計算方法 加算総額C=介護報酬総単位数×0.024(加算率)×11.4(地域単位数) 1割負担の方=C-(C×0.9) 2割負担の方=C-(C×0.8) 3割負担の方=C-(C×0.7)
2024年6月5月	※ 介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	要件をすべて満たす対象事業所	介護職員処遇改善加算料金の計算方法 加算総額A=介護報酬総単位数×0.224(加算率)×11.4(地域単位数) 1割負担の方=A-(A×0.9) 2割負担の方=A-(A×0.8) 3割負担の方=A-(A×0.7)

- ①初回加算は、初めて訪問介護を利用する場合。要支援者が要介護の認定を受けて利用する場合。過去に二ヶ月、当訪問介護事業所からのサービスを利用していなかった場合。
- ②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うち介護保険負担割合証に記載された負担割合を乗じた額となります。ただし、介護保険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。
- ※2024年6月から処遇改善加算を一本化し加算率が引き上げされることになりました。弊社は介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)を算定します

(5) その他

- ①利用者の住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はお客様のご負担になります。
- ②料金のお支払方法
  - (ア) 利用者は、サービスの対価として上記 4- (1) に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
  - (イ) 事業者は、当月の料金の合計額を請求書に明細を付して、翌月 20 日までに利用者へ送付します。
  - (ウ) 利用者は、当月の料金の合計額を、翌月 27 日に、ご指定の口座より自動引き落としにて支払います。
  - (エ) 自動引き落としにて支払い終了後、領収証を発行します。領収証は、翌月の請求書と同封して郵送します。やむを得ず、その他公的機関を利用した場合または現金払いの場合にも、入金を確認され次第、別途発行します。

5. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。  
契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

- ① 利用者のご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 7 日前までに文書でお申し出下さい。
- ② 当社の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、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 ヶ月前までに文書で通知します。
- ③ 以下の場合、双方の文書がなくても自動的にサービスを終了致します
  - ・利用者が介護保険施設等に入所した場合。
  - ・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〈自立〉又は要支援と認定された場合。  
※この場合、条件を変更して再度契約することができます。
  - ・利用者がお亡くなりになられた場合。
- ④ その他
  - ・当社が正当な理由なくサービス提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、利用者は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。

- ・利用者が、サービス利用料金の支払いを2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず7日以内に支払われない場合、または利用者やご家族の方などが当社や当社のサービス従業者に対して本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く場合があります。

(3) 事故発生時の対応

利用者に対する指定訪問介護のサービス提供により事故発生が生じた場合は、区市町村、当該利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずる。損害すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

6. 当事業所の訪問介護サービスの特徴など

事 項	有 無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	有	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	有	希望される方はお申し出ください
従業員への研修の実施	有	1ヶ月に1回全体研修があります
サービスマニュアルの作成	有	年1回見直しをします。

7. サービス緊急時の緊急時等対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅支援事業者へ連絡を致します。

1	連絡者氏名	(本人との関係： )
	住 所	
	電話番号	
2	連絡者氏名	(本人との関係： )
	住 所	
	電話番号	

医療機関名		電話番号	
住 所			
主治医名	(診療科： )		

## 8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	宮川 正臣
-------------	-------

- ② 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを区市町村に通報します。
- ⑥ 原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、やむを得ず身体拘束を行う場合は、切迫性・非代替性・一時性の3要素すべて満たしているかどうかについて検討・確認し、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

## 9. 衛生管理等

- ① 訪問介護員等の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。
- ② 事業所の設備及び備品等について、衛生的な管理に努めます。
- ③ 事業所において感染症が発生、又はまん延しないように、次に掲げる措置を講じます。
- A) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を年に2回以上開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底しています。
- B) 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備しています。
- C) 従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修を定期的実施します。

## 10. 業務継続計画の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定訪問介護の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、当該業務継続計画に従って必要な措置を講じます。
- ② 従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。
- ③ 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

## 11. ハラスメントについて

当法人におけるハラスメントの防止に関する基本方針に従い業務に努めます。またサービス時に下記のような行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

- ① 事業者の職員に対して行う暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。
- ③ サービス利用中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載すること。

## 12. サービスに関する苦情

- 一 当社お客様相談・苦情窓口
- 管理者 宮川 正臣  
電話：03-6805-9251  
受付時間：午前9：00～午後6：00

二 その他の窓口

当事業所以外に区市町村の窓口等に苦情を伝えることができます。

担当部署	電話・時間帯（平日）
世田谷区介護保険課	03-5432-1111/午前9時～午後5時
目黒区介護保険課	03-5722-9547/午前9時～午後5時
大田区介護保険課	03-5744-1111/午前9時～午後5時
東京都国民健康保険団体連合会	03-6238-0177/午前9時～午後5時

## 13. 当社の概要

法人種別・名称 合同会社クウの翼  
代表者役職・氏名 代表社員 道下 恵  
本部所在地 世田谷区奥沢 7-19-13-603  
電話番号 03 (6411) 6954

定款の目的に定めた事業

1. 介護保険法に基づく居宅サービス事業
2. 介護保険法に基づく介護予防サービス事業
3. 介護保険法に基づく地域密着型サービス事業
4. 介護保険法に基づく地域密着型介護予防サービス事業
5. 介護保険法に基づく居宅介護支援事業
6. 介護保険法に基づく訪問介護事業
7. 介護保険法に基づく介護予防・日常生活支援総合事業
8. 介護保険法に基づく福祉用具貸与および指定福祉用具販売事業
9. 住宅改修事業
10. 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業
11. 飲食および行商事業
12. 前各号に付帯する一切の事業