

重要事項説明書

【重度訪問】

ケアゲート株式会社

あけぼの介護センター早稲田

重度訪問重要事項説明書
< 2025 年 4 月 1 日 >

(事業の目的)

第1条 ケアゲート株式会社 が開設する あけぼの介護センター早稲田 (以下「事業所」という。)において実施する指定障害福祉サービス事業の居宅介護(以下「指定居宅介護」という。)、重度訪問介護(以下「指定重度訪問介護」という。)及び同行援護(以下「指定同行援護」という。)の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定居宅介護、指定重度訪問介護及び指定同行援護(以下「指定居宅介護等」という。)の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障害児及び障害児の保護者(以下「利用者等」という。)の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った指定居宅介護等の提供を確保することを目的とします。

(運営の方針)

- 第2条 事業所は、利用者等が居宅において自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該利用者等の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとします。
- 2 指定居宅介護等の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な指定居宅介護等の提供ができるよう努めるものとします。
 - 3 指定居宅介護等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者(以下「障害福祉サービス事業者等」という。)との密接な連携に努めるものとします。

1. 事業者の概要

名 称	ケアゲート株式会社
法人本社所在地	神奈川県横浜市西区北幸2-9-30 横浜西口加藤ビル6階
電話番号	045-317-6658
代表者氏名	代表取締役 田邊 光
実 施 事 業	介護施設向け人材派遣業、認知症対応型共同生活介護、通所介護事業所、地域密着型通所介護、訪問介護事業、訪問看護事業、居宅介護支援事業、福祉用具のレンタル・販売事業、保育園

2. 事業所の概要

事業所の名称	あけぼの介護センター早稲田			
事業所の所在地	東京都新宿区西早稲田 1-9-9 光洋ビル 401			
事業所の電話番号	03-6233-9467			
FAX番号	03-6233-9487			
サービス提供地域	新宿区 渋谷区 港区 中野区 文京区 豊島区			
サービス提供曜日・時間	時間	早朝 午前6時～ 午前8時	通常時間帯 午前8時～ 午後6時	夜間 午後6時～ 午後8時
	曜日			
	月曜～金曜	○	○	○
	土日、祝祭 日	○	○	○
指定事業所番号	1310401938			
運営方針	自立した生活を支え、生活全般にわたる援助を行う。			
自己評価の実施状況	有り			
第三者評価の実施状況	無し			
職員研修の実施状況	採用時および随時			
損害賠償責任保険加入先	三井住友海上火災保険株式会社			

3. 事業所の職員体制

職種	常勤（人）	非常勤（人）	合計員数 （常勤換算）	資格等
管理者	1名以上		他事業と兼務	
サービス提供責任者	1名以上	0名	他事業と兼務者あり。	介護福祉士 実務者研修
ヘルパー	1名以上	0名	常勤換算：1名以上	介護福祉士 実務者研修 初任者研修
事務員	0名	0名	他事業と兼務なし	

4. 事業の主たる対象者

身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等対象者

5. サービスの内容

サービス区分と種類	サ ー ビ ス の 内 容
居宅介護計画等の作成	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居宅介護計画等を作成し・必要に応じて見直しを行います。
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。
その他生活等に関する相談や助言をいたします。	

6. 利用料金

◆利用料金の目安は、次表のとおりです。〔料金例〕

サービスの種類時間等		利用料
重度訪問介護	1 時間未満	2,083 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	3,102 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	4,132 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	5,163 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	6,193 円
	3 時間以上 3 時間 30 分未満	7,212 円
	3 時間 30 分以上 4 時間未満	8,243 円
	4 時間以上 8 時間未満	9,195 円に 30 分増すごとに 952 円加算
	8 時間以上 12 時間未満	16,856 円に 30 分増すごとに 952 円加算
	12 時間以上 16 時間未満	24,460 円に 30 分増すごとに 907 円加算
	16 時間以上 20 時間未満	31,740 円に 30 分増すごとに 963 円加算
	20 時間以上 24 時間未満	39,424 円に 30 分増すごとに 896 円加算

【利用料の計算】

※福祉・介護職員処遇改善加算は、事業の総単位数(居宅介護 34.7%、重度訪問介護 27.3%、同行援護 34.7%)を乗じて計算します。(令和 6 年 6 月 1 日より新加算適用)

※初回加算 1 月につき 200 単位を加算

※利用者負担上限額管理加算 1 回につき 150 単位を加算

※移動介護加算 1 時間未満 100 単位、1 時間以上 1 時間 30 分未満 125 単位

※1 時間 30 分以上 2 時間未満 150 単位、2 時間以上 2 時間 30 分未満 175 単位、3 時間以上 250 単位

※喀痰吸引等支援体制加算 1 人 1 日あたり 100 単位

(1) 介護給付費支給対象サービス利用者負担額

サービスに要した費用の原則 1 割負担。ただし、区市町村から居宅介護等利用者負担減額の決定を受けている場合は、月額負担上限額については、各区市町村長が定めた額。ただし、ご利用者の身体的理由により 1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等であって、同時に 2 人のヘルパーによってサービスを提供した場合は、2 人分の料金をいただきます。事業者がご利用者に代わり区市町村から受領した介護給付費の額については、ご利用者に通知します。

(2) 交通費

以下の場合その他サービス提供の際に移動交通費が発生した場合（サービス従事者の交通費を含む）には、原則としてご利用者の負担となります。

① 通院介助において交通費が発生した場合

② 容態悪化によりご利用者が救急車で病院に搬送され、サービス従事者が同乗し、サービス従事者の帰りの交通費が発生した場合

③ 買い物サービスにおいて交通費が発生した場合

当事業所のサービス提供地域外へのサービス提供につきましては、交通費の実費をいただきます。

(3) キャンセル料

キャンセルが必要となった場合は、至急ご連絡ください。

キャンセル料は、お客様の自己負担金と合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料
サービス利用日の前日の午後 5 時まで	無 料
上記以降（1 時間未満の契約）	2, 0 0 0 円
（1 時間以上～5 時間未満の契約）	3, 0 0 0 円
（5 時間以上の契約）	5, 0 0 0 円

※お客様のご都合により発生したキャンセルの場合は上記料金が適用となります。

(4) その他

ご利用者のお住まいでサービスを提供するために必要となる水道、ガス、電気、電話等の費用は、ご利用者の負担となります。

(5) 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算し、翌月 20 日までに請求しますので、27 日までにお支払いください。支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いいたします。ただし、口座引き落としが困難な場合は、現金または振込みでお願いいたします。

す。

7. サービス利用方法

(1) サービス利用開始

- ① 重度訪問介護について介護給付費支給決定を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡下さい。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、重度訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 重度訪問提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① ご利用者が当事業者に対し1ヶ月の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、ご利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者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、ご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、または当事業者が破産した場合、ご利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ ご利用者が**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、1ヶ月以内にお支払いいただけない場合、またはご利用者やご家族が事業者や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任行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、**直ちに契約を解除し、サービス提供を終了**させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖・縮小等、やむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービスの提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了）

③ 利用者が亡くなった場合

8. 緊急時の対応方法

サービス提供中にご利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します

【 主治医 】

医療機関名	
住 所	
電話番号	
主治医氏名	

【 ご家族・代理緊急連絡先 】

氏 名	
住 所	
電話番号	
続 柄	

9. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用者相談・苦情窓口

担当者	管理者：河原 國廣
電話番号	03-6233-9467
受付時間	月曜～金曜 午前9時～午後6時

区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

■新宿区

担当部署	新宿区障害福祉課 新宿区基幹相談センター 支援係
電話番号	03-5273-4583
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前8時30分～午後5時00分

■渋谷区

担当部署	渋谷区障がい者基幹相談支援センター
電話番号	03-5457-0887
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前8時00分～午後5時00分

■中野区

担当部署	中野区 障害者福祉相談窓口
電話番号	03-3228-8956
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前8時30分～午後5時00分

■港区

担当部署	港区 障害者基幹相談支援センター
電話番号	03-3578-2826
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前9時00分～午後5時00分

■文京区

担当部署	文京区障害者基幹相談支援センター
電話番号	03-5940-2903
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前9時00分～午後6時00分

■豊島区

担当部署	豊島区基幹相談支援センター
電話番号	03-3953-2811
受付時間	月曜～金曜（祝日、休日を除く）午前8時30分～午後5時00分

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-3268-1148
受付時間	月曜～金曜 午前9時～午後5時

10. 障がい者虐待防止について

- (1) 研修等を通じて、従業者の人権意思の向上や知識や技術の向上に努めます。
- (2) 個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。
- (3) 従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の設備に努めます。
- (4) 虐待防止のための措置に関する事項
虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者名	河原 國廣
----------	-------

11. 虐待等の発見時相談・通報・届出

■新宿区 障害福祉課 新宿区基幹相談センター 支援係

住所：東京都新宿区歌舞伎町 1-4-1 新宿区役所本庁舎 2 階障害者福祉課
TEL：03-5273-4302

■渋谷区 障がい者基幹相談支援センター

住所：東京都渋谷区宇田川町 1-1 渋谷区役所 5 階 TEL：03-5457-0887

■中野区 障害者福祉相談窓口

住所：東京都中野区中野 4-11-19 3 階 5 番窓口 TEL：03-3228-8956

■港区 障害者基幹相談支援センター

住所：東京都港区芝公園 1-5-25 TEL：03-3578-2826

■文京区 障害者基幹相談支援センター

住所：東京都文京区小日向 2-16-15 文京総合福祉センター1 階 TEL：03-5940-2903

■豊島区 基幹相談支援センター

住所：東京都豊島区目白 5-18-8 TEL：03-3953-2811

当社は重度訪問介護の提供開始にあたり、重度訪問介護のサービス内容および重要事項について説明を行いました。本書交付を証するため、本書を 2 通作成し、当社、ご利用者（またはその代理人）は、記名捺印のうえ、各 1 通を保管するものとします。

令和 年 月 日

事業者

所在地 〒220-0004
神奈川県横浜市西区北幸 2-9-30 横浜西口加藤ビル 6F

事業所名 ケアゲート株式会社

サービス事業者 〒169-0051
所在地 東京都新宿区西早稲田 1-9-9 光洋ビル 401
事業所名 あけぼの介護センター早稲田

説明者 氏名

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受け、これについて同意します。

令和 年 月 日

利用者

住所 〒

氏名

☐ 代理人 ☐ 署名代行（お客様との続柄： ）

住所 〒

氏名

続柄

理由

(注)「代理人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などにお客様の立場に立って事業者との連絡調整等を行う方がいる場合に記載してください。