**居宅介護・重度訪問介護・移動支援重要事項説明書**

＜令和7年5月1日現在＞

１ 訪問介護事業者（法人）の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 名称・法人種別 | 株式会社五力 |
| 代　表　者　名 | 代表取締役　渡邉　祐一 |
| 所在地・連絡先 | （住所） 京都市右京区西京極午塚町96番地8  （電話） 075-754-6873  （FAX） 075-754-6837 |

２ 事業所の概要

　⑴　事業所名称及び事業所番号

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | ヘルパーステーションごりき |
| 所在地・連絡先 | （住所）京都市右京区西京極午塚町96番地8  （電話）075-754-6873  （FAX） 075-950-0535 |
| 事業所番号 | 居宅介護・重度訪問介護　2610781961  移動支援　　　　　　　　2660728425 |
| 管理者の氏名 | 渡邉　祐一 |

　⑵　事業所の職員体制

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | | 人数  (人） | 区分 | | 常勤換算後の人数（人） | 職務の内容 |
| 常勤(人) | 非常勤(人) |
| 管理者 | | １ | １ |  | ０.２ | 従業者及び業務の管理 |
| サービス提供責任者 | | １ | １ |  | １.０ | 利用申込の調整等 |
| 訪  問  介  護  員 | 介護福祉士 | ２ | ２ |  | １.７ | 訪問介護の提供 |
| 介護職員  実務者研修 |  |  |  |  |
| 介護職員  初任者研修 | １ |  | １ | ０.５ |
| 介護職員基礎研修修了者 |  |  |  |  |
| １級ヘルパー |  |  |  |  |
| ２級ヘルパー |  |  |  |  |

　⑶　通常の事業の実施地域

|  |  |
| --- | --- |
| 通常の事業の実施地域 | 北：丸太町通　東：大宮通　西：桂川街道、桂川、長辻通　南：八条通 |

　　※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

　⑷　営業日・営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 営業時間 |
| 月曜日～金曜日 | ９：００～１７：００ |

|  |  |
| --- | --- |
| 営業しない日 | 土曜日・日曜日・祝日・１２月２８日～１月３日 |

３ サービスの内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 種類 | 内容・手順 |
| １ 身体介護 | 食事介助 | 食事の介助を行います。 |
| 入浴介助 | 入浴（全身浴・部分浴）の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。 |
| 排泄介助 | 排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| ２ 生活援助 | 買い物 | ご利用者様の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 |
| 調　理 | ご利用者様の食事の用意を行います。 |
| 掃　除 | ご利用者様の居室の掃除や整理整頓を行います。 |
| 洗　濯 | ご利用者様の衣類等の洗濯を行います。 |
| ３ その他 | 相 　談 | ご利用者様に提供するサービスの内容・範囲、ご希望などの相談を承ります。 |
| 移動支援 | 外出時の移動の介護等外出時の付き添い |

４ 費用

　 (1) サービス利用料金

　障害福祉サービスは基本的に１割負担ですが、負担上限月額と比べて低い額を請求致　します。

　 (2)　交通費

　２の⑶の通常の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

　通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方は，通常の事業の実施地域を越えた所　から公共交通機関を利用した実費が必要となります。

　なお、自動車を使用した場合は次の交通費をいただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の実施地域を越えた地点から、片道５キロ未満 | ７５０円 |
| 事業の実施地域を越えた地点から、片道５キロ以上は５キロ毎に | ７５０円 |

　(3)　キャンセル料金

　利用者様の都合によりサービスを中止する場合は、次のキャンセル料をいただきます。

　ただし、利用者様の病状の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日の前日17時までに連絡があった場合 | 無料 |
| 利用日の前日17時までに連絡がなかった場合 | サービス利用料金部分の２０％ |

(4)　その他の費用

サービスの実施に必要な居宅の水道、ガス、電気、電話等の費用と外出時のヘルパーとの食事代は、利用者様の負担となります。

(5)　利用料等のお支払方法

　毎月、15日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに以下の方法によりお支い　ください（口座引き落としの場合は、26日にお引き落しいたします）。

なお、入金確認（お支払い）後、領収証を発行します。

|  |  |
| --- | --- |
| 支払い方法 | 支払い要件等 |
| 銀行振り込み | 次の口座にお振込みください。  ＜振込先口座＞  京都銀行　牧野支店（店番521）  普通預金口座（口座番号4159461）  口座名義　株式会社五力　代表取締役　渡邉祐一 |
| 口座引き落とし | 御指定いただいた、次の口座から引き落としいたします。 |
| 現金払い | 当事業所の窓口にて、お支払いください。 |

５ 事業所の特色等

1. 事業の目的

　　　介護状態にあるご利用者様の状況に応じた適切な居宅介護サービスを提供すること　　　により、ご利用者様が可能な限りその居宅において自立した日常生活を営むことが　　　できるよう支援することを目的とします。

1. 運営方針

ご利用者様の介護状態の軽減または悪化の防止に資するよう、その目標を設定し、計画的にサービスを提供いたします。

　　　当事業所は常に自己評価を行い、介護技術の進歩に対応しながらサービスの質の

　向上に努めます。居宅介護支援事業者等との密接な連携を図ります。

3 ICタグとスマートフォンによる介護記録システムについて

　　 ICタグとスマートフォンによるヘルパーの訪問状況の管理と介護の記録を行います

　　 このシステムにより、ご利用者様の情報を従業員間でリアルタイムに共有できますの　　 で、さらに適切なサービスをご提供致します。ICタグはご自宅内の持ち出しができ　　 　ないところに設置させていただきます。

4　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 事項 | 内容 |
| 居宅介護計画の作成及び事後評価 | 担当のサービス提供責任者が、利用者様の直面している課題等及び利用者様の希望を踏まえて、居宅介護計画を作成します。  また、３ヶ月に１度以上はサービス提供の目標の達成状況等を評価し、話し合いの場を設けます。 |
| 従業員研修 | 年12回、全ヘルパーを対象とした訪問介護の実務研修を行っています。 |
| 従業員の健康診断 | 年１回、全従業員を対象とした定期健康診断を行い、健康経営を目指しています。 |

5 サービス内容に関する苦情等相談窓口

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 当事業所相談窓口 | | 窓口責任者 平野　ちとせ  ご利用時間 ９：００～１７：００  ご利用方法 電話（０７５－７５４－６８７３）  　　　　　　面接（当事業所相談室） |
| 当法人相談窓口 | 窓口責任者 渡邉　祐一  ご利用時間 ９：００～１７：００  ご利用方法 電話（０９０－４５６４―６０８８） | |
| 京都市右京区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  京都市上京区区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  京都市中京区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  京都市下京区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  京都市南区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課  京都市西京区役所保健福祉センター健康福祉部障害保健福祉課 | 受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－８６１－１４５１  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５ー４４１－５１２１  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－８１２－２５９４  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－３７１－７２１７  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－６８１－３２８２  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－３８１－７６６６ | |
| 京都府福祉サービス  運営適正化委員会事務局 | 受付時間：月曜日～金曜日９：００～１７：００  電話番号：０７５－２５２－２１５２ | |

6 緊急時及び事故発生時等における対応方法

　サービス提供中に病状の急変などがあった場合は、速やかに利用者様の主治医、救急　　隊、緊急時連絡先（ご家族等）、居宅介護サービス計画を作成した居宅介護支援事業者　等へ連絡をするとともに必要な措置を講じます。

　また、サービス提供中に事故が発生した場合には、必要な措置を講じるとともに上記に　加え、京都市、市町村、当該利用者の家族及び当該利用者に係る居宅介護支援事業者等　に連絡を行います。

7　第三者評価の実施状況

　当事業者は第三者評価を受けておりません。

8　利用者様へのお願い

　当事業者はサービスの利用に当たり、利用者に対して重要事項説明書を交付のうえ、訪　問介護のサービス内容及び重要事項の説明を行いました。

説明年月日：　　　　年　　月　　日

事業者　　　 住　所 　　　　　京都府京都市右京区西京午塚町96番地8

　　　　　 事業者(法人)名 　株式会社　五力

　　　　　　　 施 設 名 　　ヘルパーステーションごりき

　（事業所番号） 居宅介護・重度訪問介護　2610781961

　　　　　　　　　　　　　　　　 移動支援　　　　　　 2660728425

代表者名 渡邉　祐一

説明者 職 名　　 　サービス提供責任者

氏 名

　私は、重要事項説明書に基づいて重要事項の説明を受け、その内容に同意のうえ、本書　 面を受領しました。

利用者本人 　　　　　住 所

　　　　　　　　　　　 氏 名

（署名・法定）代理人 　　住 所

　　　　 氏 名

　　　　　　　　　　　　（利用者との関係：　　　　　　　　）