# 訪問介護重要事項説明書

　　　　　　　　　　　　　 ＜令和7年4月30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96-8  （電話） ０７５－７５４－６８７３  （FAX）　０７５－７５４－６８３７ |

２ 事業所の概要

　（１）　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96-8  （電話） ０７５－７５４－６８７３  （FAX）　０７５－９５０－０５３５ |
| 事業所番号 | 2670702188 |
| 管理者の氏名 | 平野　ちとせ |

　（２）　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 | | ９ | ９ |  | ５．２５ | 利用申込の調整等 |
| 訪  問  介  護  員 | 介護福祉士 | ７ | ３ | ４ | １．２５ | 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 | ２６ | ５ | ２１ | １．９ |
| 介護職員基礎研修修了者 |  |  |  |  |
| １級ヘルパー |  |  |  |  |
| ２級ヘルパー |  |  |  |  |

　（３）　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。

　（４）　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 |

※前項に規定する営業時間以外の時間帯での相談及び連絡は、管理者の携帯電話への転送及び留守番電話にて２４時間対応できる連絡体制を確保しています。

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 | 乗降等介助  相　談 | 通院等で使うタクシーの乗り降り等のお手伝い。  　ご利用者様に提供するサービス内容・範囲・ご希望などの相談を承ります。 |

４ 費用

1. 介護保険給付対象サービス

　介護保険の適用がある場合は、原則として料金表の利用料金の１割（一定以上の所得　のある方は２割または３割）が利用者様の負担額となります。

【料　金　表】《表1》

（訪問介護）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | サービスの内容    １回あたりの所要時間 | サービス利用料金 | 利用者負担額（１割の場合） | 利用者負担額（２割の場合） | 利用者負担額（３割の場合） |
| 身体介護中心型 | ２０分未満 | ２，０９７円 | ２０９円 | ４１９円 | ６２８円 |
| ２０分以上３０分未満 | ３，１３５円 | ３１３円 | ６２７円 | ９４０円 |
| ３０分以上１時間未満 | ４，９６４円 | ４９６円 | ９９２円 | １,４８９円 |
| １時間以上1時間半未満 | ７，２７６円 | ７２７円 | １，４５４円 | ２，１８１円 |
| 引き続き「生活援助中心型」を算定する場合 | | ２５分増すごとに  ８３４円を加算  （身体介護の所要時間が20分以上の場合に限る。） | ２５分増すごとに８３円を加算 | ２５分増すごとに１６６円を加算 | ２５分増すごとに  ２５０円を加算 |
| 生活援助中心型 | ２０分未満 |  |  |  |  |
| ２０分以上４５分未満 | ２，３００円 | ２３０円 | ４６０円 | ６９０円 |
| ４５分以上 | ２，８２４円 | ２８２円 | ５６４円 | ８４６円 |
| 通院等のための  乗車又は降車の介助 | | １，２７１円 | １２７円 | ２５４円 | ３８１円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 夜間（午後６時から午後１０時）・早朝 (午前６時から午前８時）の加算 | 上記の額に１回につき２５％加算します。 |
| 深夜（午後１０時から午前６時）の加算 | 上記の額に１回につき５０％加算します。 |

・加算項目

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービス内容 | サービス利用料金 | 利用者負担額（１割の場合） | 利用者負担額（２割の場合） | 利用者負担額  （３割の場合） |
| 初回加算 | ２００単位 | ２１４円／回 | ４２８円／回 | ６４２円／回 |
| 緊急時訪問介護加算 | １回１００単位 | １０７円／回 | ２１４円／回 | ３２１円／回 |
| 特定事業所加算 | 所定単位数の１０％ | 上記の表の１割 | 上記の表の２割 | 上記の表の３割 |
| 処遇改善加算 | 単位数の２４．５％ |  |  |  |
| 口腔連携強化加算 | 月に５０単位 | ５３５円／月 | １０７０円／月 | １６００円／月 |

　（＊）処遇改善加算とは、介護に携わる職員に対して待遇や賃金等の底上げをするために設けられた制度です。処遇改善加算と特定処遇改善加算及びベースアップ等加算を取得。

料金表≪表 １≫の各サービス利用料金の約２４．５％に相当します。

・ 上記料金算定の基本となる時間は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、利用者様の訪問介護サービス計画に定められたサービスにかかる標準的な時間を基準とします。

・ 介護保険での給付の範囲を超えたサービス利用の利用料金は、事業者が別に設定し、全額が利用者の自己負担となりますのでご相談ください。

・ 介護保険適用の場合でも保険料の滞納等により事業者に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者様は1ヶ月につき料金表の利用料金全額をお支 払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

・ 利用者の身体的理由もしくは暴力行為等の事情があり、かつ、利用者様又はその家族等

の同意を得て、訪問介護員が２人で訪問する場合は、２人分の料金となります。

⑵　交通費

　２の（3）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）　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、電話等の費用は、利用者様の負担となります。

（４）　キャンセル料

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％ |

（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払いください（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　株式会社五力　代表取締役　渡邉祐一 |
| 口座引き落とし | 御指定いただいた口座から引き落としいたします。 |
| 現金払い | 当事業所担当者に、お支払いください。 |

５ 事業所の特色等

１　事業の目的

　　要介護状態にあるご利用者様の状況に応じた適切な指定訪問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。

２　運営方針

　　ご利用者様の要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　その他

|  |  |
| --- | --- |
| 事項 | 内容 |
| 訪問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、訪問介護計画を作成します。  また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（サービス報告書）に記載して利用者様に説明のうえ交付します。 |
| 従業員研修 | 年６回、全従業員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。 |

４　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。

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 渡邉　祐一  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）  　　 苦情箱（玄関に設置） |
| 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長寿推進課  京都市中京区役所  保健福祉センター健康長寿推進課  京都市下京区役所  保健福祉センター健康長寿推進課 | 受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－８６１－１４１６  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－８１２－２５６６  受付時間：月曜日～金曜日８：３０～１７：００  電話番号：０７５－３７１－７２２８ | |
| 京都府国民健康保険団体連合会 | 受付時間：月曜日～金曜日９：００～１７：００  電話番号：０７５－３５４－９０９０ | |

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　感染症の予防及びまん延の防止ための措置

　感染症の予防及びまん延の防止のため、感染症対策委員会を設置し、概ね６月に１回又は　　必要に応じて随時開催します。また、指針を整備し、研修及び訓練（シュミレーション）　　を年１回以上実施します。

９　業務継続計画（BCP）の策定

　感染症や災害が発生した場合にあっても、利用者が継続して訪問介護事業所の支援の提供　　を受けられるよう、業務継続計画を策定します。また、研修及び訓練（シュミレーション）　を年１回以上実施します。

１０　高齢者虐待防止の推進

（１）　虐待の防止のため、虐待防止検討委員会を設置し、虐待の未然防止・早期発見・迅速か　　つ適切な対応に努めます。また、指針を整備し、研修を年１回以上実施します。

（２）　虐待または虐待の可能性を発見した場合には、高齢者虐待防止法に則り、保険者又は地　　域包括支援センターへ速やかに通報します。

１１　身体拘束について

（１）　利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身　体拘束を行わないものとします。

（２）　身体的拘束等を行う場合には、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を記録するものとします。

１２　看取り期対応について

　看取りを必要とするサ－ビスにおいては、関係する協力機関と連携し、当事業所の定める基　本方針に基づいて、行われるものとします。

１３　 利用者様へのお願い

　サービス利用の際には、介護保険被保険者証を提示してください。

　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：　　　令和　7　年　 　 月　 　日

　　事業者 住　所 京都市右京区西京極午塚町96-8

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）　　２６７０７０２１８８

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：　　　　　　　　）