

指定訪問介護 重要事項説明書

<令和 6 年 6 月 1 日現在>

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	有限会社 ケアリング京都
代表者名	代表取締役 東 隆
所在地・連絡先	(住所) 京都市左京区北白川西平井町 1 4 - 4 (電話) 075-781-4499 (FAX) 075-781-4489

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	在宅サポート・北白川
所在地・連絡先	(住所) 京都市左京区北白川西平井町 1 4 - 4 (電話) 075-781-4499 (FAX) 075-781-4489
事業所番号	訪問介護 : 2 6 7 0 6 0 0 5 2 3
管理者の氏名	松本 由紀

(2) 事業所の職員体制

① 管理者 1 人（常勤職員）

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。

② サービス提供責任者 2 人以上（常勤又は非常勤職員）

サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護の利用の申込みに係る調整、訪問介護員に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。

③ 訪問介護員 6 人以上（常勤又は非常勤職員）

訪問介護員は、訪問介護サービスの提供に当たる。

(3) 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市左京区内 岩倉地区および上高野地区以南
------------	------------------------

※ 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 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0

営業しない日	土・日曜日、1 2 月 3 0 日～1 月 3 日、8 月 1 4 日～8 月 1 6 日
--------	---

※ サービスの提供については、6 : 0 0 ~ 2 2 : 0 0 ・ 3 6 5 日対応可能です。

3 サービスの内容

身体介護	<p>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。</p> <p>例) 起床・就寝介助、排泄介助、身体整容、食事介助、更衣介助、清拭（せいしき）、入浴介助、体位交換、服薬介助、通院・外出介助、自立支援など</p>
生活援助	<p>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。</p> <p>例) 調理、洗濯、掃除、買い物、薬の受取り、衣服の整理など</p>

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（一定以上の所得がある方は2割又は3割）が利用者様の負担額となります。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頂きます。

訪問介護の利用料

【基本部分】

	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）
身体介護 中心型	20分未満	1, 744円	174円
	20分以上30分未満	2, 611円	261円
	30分以上1時間未満	4, 141円	414円
	1時間以上1時間30分未満	6, 067円	607円
	1時間30分以上	30分増すごとに877円を加算	30分増すごとに88円を加算
引き続き「生活援助中心型」 を算定する場合		20分から起算して、 25分増すごとに695円を加算	20分から起算して、 25分増すごとに70円を加算
生活援助 中心型	20分未満		
	20分以上45分未満	1, 915円	192円
	45分以上	2, 354円	235円

【加算】

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。

サービス内容	サービス利用料金	利用者負担額 (1割)
初回加算	2, 140円/月	214円/月
緊急時訪問介護加算	1, 070円/回	107円/回
生活機能向上連携加算Ⅰ	1, 070円/月	107円/月
生活機能向上連携加算Ⅱ	2, 140円/月	214円/月
訪問介護口腔連携強化加算	535円/回	54円/回
訪問介護認知症専門加算Ⅰ	32円/日	3円/日
訪問介護認知症専門加算Ⅱ	43円/日	4円/日
特定事業所加算Ⅰ	所定単位数の20%	左記の1割
特定事業所加算Ⅱ	所定単位数の10%	左記の1割
介護職員等処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の24.5%	左記の1割

- 訪問介護の基本料金は、厚生労働大臣が告示で定める金額です。なお、金額の改定があった場合は、上記利用料も自動的に改定されます。その場合は、新しい基本料をお知らせいたします。
- 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、事業者へ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。

(2) 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、通常の事業実施地域の境界から利用者宅までの距離を計算し、100円/kmをご負担いただきます。

(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。

時間	キャンセル料
ご利用の3時間前までにご連絡をいただいた場合	無料
ご利用の3時間前までにご連絡がなかった場合	利用料の50%

(5) 利用料等のお支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに下記のいずれかの方法によりお支払ください。

- ① 利用者指定口座からの自動振替
- ② 現金支払い

お支払いの確認をしましたら、領収書を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

要介護状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、居宅サービスを提供することを目的とします。

(2) 運営方針

事業者は、利用者の心身状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及び契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、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、利用者の要介護状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービス提供に努めます。

6 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 松本 由紀 ご利用時間 月～金曜日 9:00～18:00 ご利用方法 電話 781-4499 FAX 781-4489 面接 (当事業所相談室)
京都市左京区役所 保健福祉センター健康長寿推進課	所在地：京都市左京区松ヶ崎堂ノ上町7番地の2 受付時間：月曜日～金曜日 8:30～17:00 電話番号：075-702-1071
京都府国民健康保険団体連合会 介護保険課介護相談係	所在地：京都市下京区烏丸通四条下る水銀屋町620番地 COCON烏丸内 受付時間：月曜日～金曜日 9:00～17:00 電話番号：075-354-9090

7 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。

緊急連絡先 在宅サポート・北白川
 電話番号 075-781-4499
 受付時間 月～金曜日 9:00～18:00

<主治医>

医療機関名	
主治医	
所在地	
電話番号	

<緊急連絡先（ご家族等）>

氏名		続柄	
住所			
電話番号	(自宅)	(携帯)	

8 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。

9 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1あり 2なし
	② なし		

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 年 月 日

事業者	住 所	京都市左京区北白川西平井町14-4
	事業者名	有限会社 ケアリング京都
	施設名	在宅サポート・北白川
	代表者名	代表取締役 東 隆

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
	本人との続柄
	氏 名