

居宅介護・重度訪問介護・同行援護・移動支援 重要事項説明書

<令和 6 年 4 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	居宅介護・重度訪問介護・同行援護 2 6 1 0 6 0 0 2 3 7 移動支援事業 2 6 6 0 6 1 4 0 9 6
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居宅介護等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、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、居宅介護サービス等の提供に当たる。

(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	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。 例) 排泄介助、食事介助、清拭、入浴介助、身体整容、体位変換、移動・移乗介助、服薬介助など
家事援助	家事を行うことが困難な利用者に対し、家事の援助を行います。 例) 調理、洗濯、掃除、買物、薬の受取など
通院等介助	通院等又は官公署ならびに指定相談支援事業所への移動のための屋内外における移動等の介助、又は通院先等での受診手続き、移動等の介助
同行援護	外出時において、移動に必要な情報提供を行うとともに、利用者がヘルパーの肩やひじを持つなどして移動の支援を行います。 また、必要に応じて、外出時の移乗、移動、排泄および食事等において必要な介助を行います。
移動支援	社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出。

4 費用

(1) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について

提供するサービスについて、通常9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は利用者負担額としてサービス料金の一割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。

介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められています。（受給者証に記載されています。）他事業所との利用もあわせて、利用者負担額を超えてお支払いいただくことはありません。

(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。

<同行援護・移動支援>

待ち合わせ場所および終了場所（原則として自宅）が、通常の事業の実施地域の場合は、ヘルパーの自宅との移動にかかる交通費は無料です。待合せ場所や終了場所が、通常の事業の実施地域以外の場合は、交通費の実費をご負担いただきます。

また、片道の利用の場合には、片道に係る交通費実費相当額をヘルパーにお支払いください。

(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、利用者の負担となります。

<同行援護・移動支援>

移動介護の際に要する交通費は、すべて利用者の負担とさせていただきます。

移動介護が食事時間にかかるときの飲食代は、利用者・ヘルパーがそれぞれ支払うものとします。但し、会食等飲食を目的とする場所で支援を必要とする場合や、ヘルパーが食事内容を選択できない場合は、利用者がヘルパーの飲食代もご負担いただきます。支払行為は利用者とお店との間で行ってください。

入場料等を必要とする場所(遊園地、コンサート、映画、観劇、野球等)でガイドする場合は、利用者負担とします。その場合は、利用者がヘルパーの分を含めた入場料等を直接お支払ください。

(4) キャンセル料

利用者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。お支払いの確認をしましたら、領収書を発行します。

- ① 利用者指定口座からの自動振替
- ② 現金支払い

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

有限会社ケアリング京都が設置する、在宅サポート北白川（以下「事業所」という）において実施する障害福祉サービス事業（以下「事業」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ることにより、障害福祉サービスの円滑な運営を図るためにサービス担当者に実習・トレーニングを行い、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。

(2) 運営方針

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置かれている環境に応じて、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。

指定居宅介護等の実施にあたっては、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に努めるものとします。

指定居宅介護等の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者等と密接な連携に努めるものとします。

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 受付時間 月～金曜日 9：00～18：00 TEL：075-781-4499 FAX：075-781-4489
----------	---

当事業所以外に、以下の機関でも受け付けています。

京都市 障害保健福祉推進室	京都市中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 TEL：075-222-4161 FAX：075-251-2940
京都府社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町 375 府立総合社会福祉会館 (ハートピア京都) TEL：075-252-2152 FAX：075-252-6312

保健福祉センター

京都市左京区役所 保健福祉センター障害保健福祉課	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：075-702-1131
-----------------------------	--

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業員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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及び従業員は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由もなく、第三者に漏らしません。

事業所は、従業員に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業員でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業員と雇用契約の内容とします。

9 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）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			

1 0 利用者様へのお願い

サービス利用の際には、受給者証を提示してください。

1 1 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、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
	事業所名	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