

## 訪問介護

### 訪問介護 亀仙人 重要事項説明書 ＜令和 6 年 月 日現在＞

#### 1 訪問介護事業者（法人）の概要

##### (1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	訪問介護 亀仙人
所在地・連絡先	(住所) 〒606-0944 京都市左京区松ヶ崎御所ノ内町12-9 (電話) 075-746-3405 (FAX) 075-746-3406
事業所番号	訪問介護及び介護型ヘルプサービス：2670601521 生活支援型ヘルプサービス：26A0600393 支え合い型ヘルプサービス：26A0600401
管理者の氏名	大西 翔子

##### (2) 事業所の職員体制

###### ア 訪問介護、介護型ヘルプサービス

従業者の職種	人数 (人)	区分		職務の内容
		常勤 (人)	非常勤 (人)	
管理者	1	1		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。
サービス提供責任者	7	5	2	サービス提供責任者は、事業所に対する指定訪問介護及び介護型ヘルプサービスの利用の申込みに係る調整、訪問介護等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等を行う。氏名 大西翔子 清水朋華 大西琉斗 池畑洋介 武村直子 吉田沙耶
訪問介護員	10	2	6	訪問介護員は、訪問介護及び介護型ヘルプサービスの提供にあたる。

※管理者とサービス提供責任者は兼務

(※1 アの管理者が兼務(※兼務の場合))

(※2 アのサービス提供責任者が兼務(※兼務の場合))

(※3 アの訪問介護員が兼務(兼務の場合))

※ 運営・マッチング担当者は従業者と兼務

#### 通常の事業の実施地域

通常の事業の実施地域	京都市北区・左京区・上京区・右京区
------------	-------------------

※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	月曜日～金曜日
営業時間	9:00～18:00

営業しない日	土・日曜日・祝日・12月29日～1月5日
--------	----------------------

#### (5) サービス提供時間

営業日	年中無休
営業時間	24時間

### 3 サービスの内容

	種類	内容・手順
	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。
	特段の専門的配慮をもって行う調理	医師の指示に基づき、適切な栄養量及び内容を有する特別職(腎臓病食、肝臓病食、糖尿病食、胃潰瘍食、貧血食、膵臓病食、脂質異常症食、痛風食、嚥下困難者のための流動食等)の調理を行います。
	更衣介助	上着、下着の更衣の介助を行います。

1 身体介護	身体整容	日常的な行為としての身体整容を行います。
	体位変換	床ずれ予防のための体位変換を行います。
	移動、移乗介助	室内の移動、車いすなどへ移乗の介助を行います。
	服薬介助	配剤された薬の確認、服薬のお手伝い、服薬の確認を行います。
	起床、就寝介助	ベッドへの誘導、ベッドからの起き上がりの介助を行います。
	自立生活支援のための見守りの援助	<p>○ 利用者と一緒に手助けしながら行う調理（安全確認の声掛け、疲労の確認を含む。）を行います。</p> <p>○入浴、更衣等の見守り（必要に応じて行う介助、転倒予防のための声掛け、気分の確認等を含む。）を行います。</p> <p>○ベッドの出入り時等自立を促すための声掛け（声掛けや見守り中心に必要な時だけ介助。）を行います。</p> <p>○排泄等の際の移動時、転倒しないようにそばについて歩きます。（介護は必要時だけで、事故がないように常に見守る。）</p> <p>○車いすでの移動介助を行って店に行き、利用者が自ら品物を得られるよう援助します。</p> <p>○洗濯物を一緒に干したり畳んだりすることにより自立支援を促すとともに、転倒予防等のための見守り・声掛けを行います。</p>
2 生活援助	買い物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います
	調理	利用者の食事の用意を行います。
	掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。
	洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。

#### 4 費用

##### (1) 介護保険サービス（「介護予防、生活支援サービス事業」含む）

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、又は3割）が利用者様の負担額となります。

#### 【料金表】

(訪問介護)

サービスの内容 1 回あたりの所要時間		利用者負担額（1割,2割,3割） サービス利用料金
身体 介 護 中 心 型	2 0 分未満	1 7 5 円, 3 4 9 円, 5 2 4 円 1 7 4 4.1 円
	2 0 分以上 3 0 分未満	2 6 2 円, 5 2 3 円, 7 8 3 円 2 6 1 0.8 円
	3 0 分以上 1 時間未満	4 1 5 円, 8 2 9 円, 1 2 4 3 円 4 1 4 0.9 円
	1 時間以上 1 時間 3 0 分未満	6 0 7 円, 1 2 1 4 円, 1 8 2 1 円
	1 時間 3 0 分以上 2 時間未満	6 9 5 円, 1 3 8 9 円, 2 0 8 4 円
引き続き「生活援助中心型」を算定する場合		2 5 分増すごとに 8 0 円, 1 6 0 円, 2 3 9 円を加算 7 9 5.5 円
生 活 援 助 中 心 型	2 0 分未満	
	2 0 分以上 4 5 分未満	1 9 2 円, 3 8 4 円, 5 7 5 円 1 9 1 5.3 円
	4 5 分以上	2 3 6 円, 4 7 1 円, 7 0 7 円 2 3 5 4 円
通院等のための 乗車又は降車の介助		1 0 4 円, 2 0 8 円, 3 1 2 円 1 0 3 7.9 円

夜間（午後 6 時から午後 1 0 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 2 5 % 加算します
深夜（午後 1 0 時から午前 6 時）の加算	上記の額に 1 回につき 5 0 % 加算します

※上記料金表より、他のサービス適用によって安価になる場合は、そちらを採用させていただきます。  
又、上記料金表は処遇改善加算が含まれていません。

## (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15キロ未満	200円
事業の実施地域を越えた地点から、片道15キロ以上	400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、利用者の負担となります。

## (4) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、末日までに以下の方法によりお支払ください（口座引き落としの場合は、20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 円町支店 普通預金口座（口座番号 1082382） 口座名義 株式会社リベルタ 代表取締役 大西翔
銀行振替	用紙お渡しいたします
現金払い	当事業所の窓口あるいは、訪問時、お支払ください

## 5 事業所の特色等

### (1) 事業の目的

事業所の訪問介護員等が、要介護状態、要支援状態にある要介護者（要支援者）

（以下「利用者」という。）に対し、適切な訪問介護サービスを提供することを目的とする。

## (2) 運営方針

- ・利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。
- ・利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ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訪問介護計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。
- ・利用者が可能な限りその居宅において、要支援状態の維持若しくは改善を図り、または要介護状態となることを予防し、自立した日常生活を営むことができるよう介護予防訪問介護計画を作成し、計画に沿って、入浴、排せつ、食事の介護その他の生活全般にわたる支援を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持または向上を目指す。

## (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（介護型ヘルプサービス/生活支援型ヘルプサービス/支え合い型ヘルプサービス）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	採用時研修及び年2回の継続研修を行っています

## 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 大西翔子 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話075-746-3405 面接（当事業所1階相談室）
当法人相談窓口	窓口責任者 大西翔子 ご利用時間 9：00～18：00 ご利用方法 電話080-9120-0719

京都市左京区役所 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：075-702-1071
京都市北区役所 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：075-432-1438
京都市上京区役所 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：075-441-2872
京都市右京区役所 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：075-861-2177
京都市左京区役所 高齢介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-702-1069
京都市北区役所 高齢介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-432-1364
京都市上京区役所 高齢介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-441-5106
京都市右京区役所 高齢介護保険担当	受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：00 電話番号：075-861-1416
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
京北出張所 保健福祉第一担当	受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 電話番号：075-852-1815

## 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。

主治医	病院名 及び 所在地	
	氏名	
	電話番号	
緊急時連絡先 (家族等)	氏名(続柄)	(       )
	住 所	
	電話番号	

## 8 秘密の保持と個人情報の保護取り扱い

1. 利用者様、そのご家族に関する秘密の保持について、当事業所はサービスを提供するうえで知り得た、利用者様及びそのご家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
2. 個人情報の保護について当事業所は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括支援センターや指定居宅介護支援業者との連絡調整等において、利用者様の個人情報を用いませぬ。また、利用者様のご家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議、地域包括センターや指定居宅介護支援事業者との連絡調整等において利用者様のご家族の個人情報を用いませぬ。
3. 当事業所は、利用者様とのそのご家族に関する個人情報が含まれる記録物については、注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止します。
4. 事業所は、利用者及びその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が作成した「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し適切に取り扱うものとする。
5. 事業所が取り扱う利用者及び家族等の個人情報については、介護サービスの提供以外の目的では原則的に利用しないものとし、サービス担当



者会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族等の個人情報を用いる場合は当該家族等の同意をあらかじめ文書により得るものとする。

## 9 第三者による評価の実施

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

## 10 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 年 月 日 説明者 \_\_\_\_\_

事業者 住 所 京都市左京区松ヶ崎御所ノ内町12-9

事業者（法人）名 株式会社リベルタ

施 設 名 訪問介護 亀仙人

（事業所番号）訪問介護・介護型ヘルプサービス：2670601521

生活支援型ヘルプサービス：26A0600393

代表者名 大西 翔子 印

事業所 職名 管理者・サービス提供責任者

氏名 大西 翔子 印

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\_\_\_\_\_印

(署名・法定) 代理人 住所\_\_\_\_\_

氏名\_\_\_\_\_印

(利用者との関係： )