

総合事業重要事項説明書

<令和 6 年 5 月 15 日現在>

1 訪問介護事業者（法人）の概要

名称・法人種別	株式会社ひかり
代表者名	西本 豊
所在地・連絡先	(住所) 京都市山科区西野山中鳥井町161-7 (電話) 事業所と同じ (FAX) 事業所と同じ

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	ひかり訪問介護事業所
所在地・連絡先	(住所) 京都市山科区西野山中鳥井町161-7 (電話) 075-502-5333 (FAX) 075-502-5311
事業所番号	2674101437・26A4100358
管理者の氏名	西本 優子

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分	
		常勤(人)	非常勤(人)
管理者	1	1	
サービス提供責任者	1	2	
訪問介護員	介護福祉士	3	3
	介護職員実務者研修	0	0
	介護職員初任者研修	1	1
	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	山科区・東山区・下京区・中京区・上京区・北区(北山通りより北、西大路通より西は除く)・左京区(宝ヶ池通りより北、八瀬、大原は除く)・南区(桂川以西を除く)・伏見区(伏見区役所淀出張所、神川出張所管内を除く)
------------	---

※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～土曜日(冬期休暇 12月31日より1月3日)	サービス提供時間 7:00～23:00 事業所営業時間 8:00～17:00
----------------------------	---

3 サービスの内容

(1) 介護型ヘルプサービス生活支援型ヘルプ

1 身体介護	食事介護・入浴介助・排泄介助・更衣介助・買い物同行・通院介助
2 生活援助	買い物代行・調理・掃除・洗濯
3 その他	相談・介護保険外サービス

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）が利用者様の負担額となります。

※特定事業所加算Ⅱ・・・所定の利用料に10%加算させて頂きます。

※福祉・介護職員等処遇改善加算・・・所定の利用料に24.5%加算させて頂きます。

・上記料金査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。

【料 金 表】

(介護型ヘルプサービス)

	サービス利用料金	要支援1 (1割負担)	要支援2 (1割割り)	要支援1・2 (2割負担)
週1回利用（月額）	12498円	1250円	1250円	2500円
週2回利用（月額）	24985円	2498円	2498円	4996円
週3回利用（月額）	39633円		3963円	7926円

(生活支援型ヘルプサービス)

	サービス利用料金	要支援1(1割負担)	要支援2(1割負担)	要支援1・2(2割負担)
週1回利用（月額）	10572円	1202円	1202円	2404円
週2回利用（月額）	21101円	2399円	2399円	4798円
週3回利用（月額）	33513円		3811円	7622円

・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）
初回加算	2140円/回	214円/回	428円/回
緊急時加算	1070円/月	107円/月	214円/月

・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。

(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1キロ	70円×2(往復分)
-----------------------	------------

(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12時までに連絡があった場合	キャンセル料なし
利用日の前日12時以降の連絡の場合	キャンセル料500円

(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ください(口座引き落としの場合は、27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
口座引き落とし	ご指定の金融口座からの自動引き落とし。
現金払い	当事業所の窓口にて、お支払ください。

5 事業所の特色等

ご利用者様の尊厳の保持、自立支援を念頭におき

生活をする上で必要になる三大介助である

食事・排泄・入浴を中心にサービスを実施していく

事項	内容
	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、

訪問介護計画の作成及び事後評価	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1回、外部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 西本 豊 ご利用時間 8：00～17：00 ご利用方法 電話（502-5333） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（相談室に設置）
京都市山科区役所	電話番号 592-3290
東山区役所	電話番号 561-9187
中京区役所	電話番号 812-256
左京区役所	電話番号 702-1071
上京区役所	電話番号 441-5106
北区役所	電話番号 432-1366
下京区役所	電話番号 371-7228
南区役所	電話番号 681-3296
伏見区役所	電話番号 611-2278
伏見区役所深草支所	電話番号 642-3603
伏見区役所醍醐支所	電話番号 571-6471
京都府国民健康保険団体連合会	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。

主治医	病院名 及び 所在地	あすかい病院
	氏名 及び専門科	磯野 理 医師
	電話番号	075-701-6111
緊急時連絡先（家族等）	氏名（続柄）	
	住 所	
	電話番号	

疾病名、既往症、その時の主治医（寛解状態の者も含めできる限り詳しく記載してください=現主治医が専門外である場合元の主治医の受診を考慮します。）

8 個人情報の取り扱いについて

- (1) 当事業所では適切な訪問介護の提供を図るため、ご利用者やご家族の個人情報を聞き取りします。
- (2) 当事業所はご利用者及びご家族の個人情報の流出、紛失、誤用を防止するため、個人情報を厳重に管理するほか、職員及び退職者、並びに関係者に対し、個人情報保護について教育・啓発・周知を徹底します。
- (3) 当事業所は利用者の緊急時において医療機関等の求めに応じ、ご利用者の生活に関する情報、傷病に関する情報、ならびにご家族の連絡先等の情報を提供できものとします。
- (4) 当事業所はご利用者に係る他の居宅介護サービス事業者等との連携を図るため、ご利用者及びご家族の事前の同意を得た上でご利用者又は、ご家族等の個人情報をサービス担当者会議に提出し照会できるものとします。

9 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

事業者 住 所 京都市山科区西野山中鳥井町 161-7

事業者（法人）名 株式会社ひかり
施 設 名 ひかり訪問介護事業所
(事業所番号) 2674101437
代表者名 西本 豊 印

説明者 職 名 管理者
氏 名 西本 優子 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 京都市左京区吉田神楽岡町 153-6

氏 名 印

(署名・法定) 代理人 住 所

氏 名 印
(利用者との関係：)