

「居宅介護・重度訪問介護及び同行援護」重要事項説明書

(令和8年10月20日更新)

事業者名称	合同会社 介護プラス
代表者氏名	代表社員 大久保 誠人
本社所在地	京都市右京区鳴滝川西町20番地20
法人設立年月日	平成26年9月26日

1 サービスを提供する事業者について

2 ご利用者様に対しての居宅介護・重度訪問介護及び同行援護を実施する事務所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	介護プラス 訪問介護事業所
事業者番号	2610481265
事業所所在地	京都市下京区中堂寺櫛笥町19-3 KushigeGojo814号室
連絡先 相談担当者名	電話番号：075-406-5497 FAX：075-406-5398 担当 大久保 誠人
事業所の通常の 事業の実施地域	京都市下京区、中京区、京区（旧京北町地域を除く）

※上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	居宅介護等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、居宅介護等の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障害児及び障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った居宅介護等の提供を確保することを目的とする。
運営の方針	①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その置かれている環境に応じ、入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、外出時における移動中の介護並びに生活等に関する相談及び助言その他の生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行うものとする。 ②居宅介護等の実施に当たっては、利用者等の必要な時に必要な居宅介護等の提供ができるよう努めるものとする。 ③居宅介護等の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者等の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害者支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとする。

	④前三項のほか、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）及び京都市障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく事業及び人員、設備及び運営の基準等に関する条例に定める内容のほか関係法令等を遵守し、居宅介護等を実施するものとする。
--	---

(3) 職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	1 名		事業所管理	1 名
サービス 提供責任者	2 名		サービスの提供状況の確認及び サービスの提供	2 名 (管理者兼務 1 名含)
訪問介護職員	1 名	3 名	サービスの提供	4 名

(4) 営業日及び営業時間等

営業日・営業時間	月曜日～金曜日 午前9時～午後6時 ☆営業時間は上記の通りですがご希望等がありましたら必要に応じて対応致します。
休業日	土曜日、日曜日、年末年始（12月30日～1月3日） ☆休業日は上記の通りですがご希望等がありましたら必要に応じて対応致します。

※時間帯により料金が異なります。(4 利用料 ③参照ください)

3 サービスについて

〈サービス区分及びサービス内容〉

I 居宅介護

① 身体介護（ご家庭に訪問し、入浴や排泄、食事などの介助をします。）

○入浴介助・清拭・洗髪…入浴の介助や清拭（体を拭く）や洗髪などを行います。

○排せつ介助…排せつの介助、おむつ交換を行います。

○食事介助…食事の介助を行います。

○衣服の着脱の介助…衣服の着脱の介助を行います。

○その他必要な身体介護を行います。 ※医療行為はいたしません。

②家事援助（ご家庭に訪問し、調理、洗濯、掃除などの生活の援助を行います。）

○調理…利用者の食事の用意を行います。

○洗濯…利用者の衣類等の洗濯を行います。

○掃除…利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

○買い物…利用者の日常生活に必要な物品の買い物をします。

○その他関係機関への連絡など必要な家事を行います。

[※預貯金の引き出しや預け入れは行いません。(預貯金通帳・カードはお預かりできません。) ※利用者以外の方の調理や洗濯、利用者以外の方の居室や庭等の敷地の掃除は原則 として行いません。]

③通院介護（通院のための外出時の身体的介護、付き添いを行います。）

Ⅱ 重度訪問介護（身体介護や家事援助、外出、見守りなど生活全般を支援します。）

（脳性まひなどの全身性障害がある方など日常生活全般に常時の支援を要する方を対象としたサービスです。）

身体介護、家事援助、外出介助、見守り等を行います。

Ⅲ 同行援護

視覚障害により、移動に著しい困難を有する障害者等につき外出時において当該障害者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の厚生労働省令で定める便宜を供与することをいう。

○移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援（代筆・代読を含む）

○移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護

○排泄・食事等の介護その他外出する際に必要となる援助

Ⅳ その他、必要に応じて健康や日常生活上の状況をお伺いし、生活上のご相談や助言を行います。

4 利用料

《基本料金》

- ① 介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち 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等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担に対する軽減策または利用者負担上限月額の設定が適用される場合は、この限りではありません。（収入等により、利用者負担額がない場合があります）障害福祉サービス受給者証等をご確認ください。

- ② 利用者に対し、1 人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと 2 人のヘルパーでサービス提供した場合は、2 倍の利用者負担額をいただきます。

※料金表については別紙参照

《サービス利用にかかる実費負担額》

- ① 居宅介護・重度訪問介護において、利用者宅にてサービス実施のために使用する水道、ガス、電気、電話等の費用については、利用者にご負担いただきます。
- ② 同行援護、通院介助等において、ヘルパーに対し、公共交通機関などの交通費（サービスの開始地点と終了地点が異なることにより、サービス終了後にヘルパーが移動する際に必要となる交通費も含みます。）のほか、入場料・利用料等が必要な場合、その実費をいただきます。（サービスご利用時にその都度ご負担いただきます。）
- ③ 同行援護において利用者とヘルパーと一緒に食事をする場合で、1,000 円以下の食事を選択できない場合においては、1,000 円を超える部分について、ご利用者様にヘルパーの食事代もご負担いただきます。尚、食事を目的とした援助の場合につきましては、全額ご利用者様にヘルパー分の食事代をご負担いただきます。

《加算料金》

- ① 初回加算・・・2,120 円/月（自己負担額 212 円/月）

事業所において新規に居宅介護等計画を作成した利用者に対して、サービス提供責任者が初回の

指定居宅介護等を行った日又は居宅介護等従業者への初回の指定居宅介護等を行うにあたってサービス提供責任者が同行した場合に加算されます。なお二ヶ月サービス提供がなく再開された場合にも、加算されます。

② 緊急時対応加算・・・1,060 円/回（自己負担額 106 円/回）

ご利用者様やそのご家族様等からの要請に基づき、指定居宅介護等事業所のサービス提供責任者が居宅介護等計画の変更を行い、計画的に訪問することとなっていない指定居宅介護等を緊急に行った場合に加算されます。ただし、月2回を限度とされています。

③ 夜間・早朝・深夜加算

以下の場合には、利用料金が割増されます。

通常時間外のサービス提供	早朝（午前6：00～午前8：00）	25%割増
	夜間（午後6：00～午後10：00）	25%割増
	深夜（午後10：00～午前6：00）	50%割増
2名の訪問介護員によるサービス提供		2倍の料金

《交通費》

通常の事業の実施地域にお住まいの方は基本的に交通費は徴収いたしません。なお、通常の事業の実施地域以外にお住まいで当事業所のサービスを利用される場合において、かつ、当事業所の自動車を使用した場合の交通費は次の額といたします。

事業の実施地域を超えた地点から片道1キロあたり 100 円

④ 介護職員処遇改善加算

加 算	利用料	利用者負担額	算 定 回 数 等
介護職員処遇改善加算（Ⅲ）	居宅介護 37.6% 重度訪問 30.2% 同行援護 37.6%	左記の 1 割 又は 2 割 又は 3 割 （所得により）	基本サービス費に各種加算 減算を加えた総単位数 （所定単位数）

※ 介護職員処遇改善加算は、介護職員の処遇を改善するために賃金改善や資質の向上等の取り組みを行う事業所に認められる加算です。

以上重要事項説明書の変更として提示させていただきます

5 キャンセル期限・キャンセル料及びサービス利用の変更・追加について

《キャンセル期限》

利用予定日の前に、ご利用者様の都合により、サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、利用予定の前日までに事業所に申し出てください。

《キャンセル日時》

キャンセル期限までに申し出がなく、キャンセル期限以降に利用の中止を申し出された場合には、以下の表に基づくキャンセル料をいただきます。

ご利用の前日までにご連絡いただいた場合	無料
ご利用の当日にご連絡いただいた場合、またはなかった場合	当該基本料金の 50%

※訪問介護員2名でのサービスをキャンセルされた場合、キャンセル料は2倍になります。

※ご利用者様の急な病状の変化や緊急の入院等の場合、キャンセル料金は徴収いたしません。

《サービス利用の変更・追加》

サービス利用の変更・追加の申し出に対しては、ヘルパーの稼働状況などにより対応できない場合がありますのでご了承ください。

6 利用料金の支払方法について

サービス利用にかかる料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法にてお支払いください。

- ① 金融機関口座からの自動引落とし（毎月27日振替）
- ② 現金払い

7 緊急時の対応について

- (1) 当事業所は、サービス提供にあたっては、ご利用者様の生命を最優先し、ご利用者様の容態の急変等の緊急事態が発生した場合には、速やかにご利用者様又はご家族様等と事前に定めた緊急連絡先に連絡を行うとともに、ご利用者様の生命の安全確保に必要な措置を講じます。
- (2) ヘルパーは、緊急時において速やかに事業所に連絡するとともに、管理者及びサービス提供責任者の指示のもと、ご利用者様の主治医又は医療関係への連絡を行い、医師の指示に従います。
- (3) 事業所が一刻を争うと判断した場合には、主治医や家族等の判断に依らず、救急車を要請する場合があります。
- (4) 必要に応じて行政や関係機関へ連絡するとともに指導・助言を求めます。

《緊急連絡先》 合同会社 介護プラス 《電話番号》 075-406-5497

（転送電話により営業時間を問わず対応します。）

8 事故発生時の対応について

- (1) ご利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、ご利用者様の家族様、京都府及び京都市に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。

また、ご利用者様に対するサービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

- (2) 事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損保
保険名	賠償責任保険
保障の概要	ご利用者様に対する訪問介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合

9 サービス提供に関する苦情相談窓口

- (1) サービスに関する相談、要望、苦情については、下記までお申し出ください。

苦情受付（担当者）大久保 誠人

受付時間 月曜日～金曜日 午前9時～午後6時

（上記時間以外は転送電話にて対応可能）

休業日 土・日曜日、祝祭日、年末年始（12月30日～1月3日）

電話番号：075-406-5497

FAX：075-406-5398

(2) 公的機関では、下記の機関において苦情の申し出等ができます。

京都市（障害保健福祉推進室）	中京区寺町通御池上る上本能寺前町 488 番地 電話 075-222-4161
下京区役所福祉センター （障害保健福祉課）	京都市下京区西洞院通塩小路東塩小路町 608-8 電話 075-371-7217
中京区役所福祉センター （障害保健福祉課）	京都市中京区西堀川通御池下る西三坊堀川町 521 電話 075-812-2594
右京区役所福祉センター （健康保健福祉課）	京都市右京区太秦下刑部町 12 電話 075-861-1451
京都市中部障害者地域生活 支援センター「にしじん」	京都市上京区西堀川通元誓願寺上る豎門前町 414 番地 1F 電話 075-417-1630
京都市中部障害者地域生活 支援センター「らくなん」	京都市南区吉祥院西定成町 35 京都市洛南身体障害者福祉会館内 電話 075-692-1139
京都府福祉サービス 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 ハートピア京都 5F 電話 075-252-2152 京都府社会福祉協議会内

10 運営に関する基準

提供するサービスの第三者評価の実施状況 令和8年4月1日現在なし。

この重要事項説明書の説明の年月日

令和 年 月 日

居宅介護・重度訪問介護及び同行援護サービス契約の締結にあたり、契約書及び本書面に基づき重要事項を説明し交付しました。

〈事業者〉 所在地 京都市右京区鳴滝川西町20番地20

事業者名(法人名) 合同会社 介護プラス

代表社員 大久保 誠人 印

〈事業所〉 所在地 京都市下京区中堂寺櫛笥町19-3 KushigeGojo814号室

事業所名 介護プラス訪問介護事業所

説明者氏名 _____ 印

居宅介護・重度訪問介護及び同行援護サービス契約の締結にあたり、契約書及び本書面により重要事項の説明を受け内容に同意し交付を受けました。

〈利用者〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印

〈上記代理人〉

住 所 _____

氏 名 _____ 印（続柄 _____）