

こうふく介護醍醐事務所

重要事項説明書

居宅介護・重度訪問介護

1・(居宅介護・重度訪問介護)重要事項説明書

1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	有限会社 康福
代表者氏名	代表取締役 高 陽
所在地	京都市伏見区向島四ツ谷池 14-10
電話番号	075-632-8434
設立年月日	平成 17 年 9 月 2 日

2 サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	こうふく介護醍醐事務所
京都市指定 事業所番号	居宅介護 重度訪問介護 2610981389
指定年月日	平成 25 年 08 月 01 日
事業所所在地	京都市伏見区醍醐高畑町 68 番地 6 中野ビル 205 号室
連絡先	電話：075-748-7982 FAX：075-748-7983
通常の事業の 実施地域	京都市伏見区、山科区

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	有限会社康福が設置するこうふく介護醍醐事務所（以下「事業所」という。）において実施する指定障害福祉サービス事業の居宅介護（以下「指定居宅介護」という。）、重度訪問介護（以下「指定重度訪問介護」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、指定居宅介護、指定重度訪問介護（以下「指定居宅介護等」という。）の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障がい児及び障がい児の保護者（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。
運営方針	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て、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します。 ②指定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指定居宅介護等の提供ができるよう努めるものとします。 ③指定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します。 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（以下「法」という。）及び「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指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準」に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定居宅介護等を実施するものとします。

(3) 営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

営業日 及び 営業時間	月曜日から金曜日までとする。ただし、8月13日～8月15日、12月30日～1月3日を除く。 午前8時30分から午後5時30分
サービス提供日 及び サービス提供時間	月曜日から金曜日までとする。ただし、8月13日～8月15日、12月30日～1月3日を除く。 午前8時30分から午後5時30分

(4) 事業所の職員体制

職種	職 務 内 容	人員数
管理者	管理者は、事業者の職員及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤職員 1名
サービス提供責任者	①利用者の日常生活全般の状況及び希望等を踏まえて、具体的なサービスの内容等を記載した居宅介護計画、重度訪問介護計画（以下「居宅介護計画等」という。）を作成し、利用者等及びそのご家族にその内容を説明し、その計画書を交付します。 ③居宅介護計画等の実施状況の把握を行ない、必要に応じて変更を行います。 ⑤利用の申込みに係る調整や従業者に対する技術指導等を行います。	常勤職員 1名以上
従業者	①居宅介護計画等に基づきサービスを提供します。 ②サービス提供後、サービスの提供日、内容、利用者の心身の状況等について、サービス提供責任者に報告を行います。	常勤換算 2.5人以上

3 サービスの主たる対象者について

居宅介護	身体障がい者・知的障がい者・障がい児（身体に障害のある児童・知的障害のある児童）・精神障がい者
重度訪問介護	身体障がい者・障がい児（身体に障害のある児童のみ）

4 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容について

サービス区分と種類		サ ー ビ ス の 内 容
居宅介護計画等の作成		利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた居宅介護計画等を作成し・必要に応じて見直しを行います。
身体介護	食事介助	食事の介助を行います。
	排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。
	入浴介助・清拭	衣服着脱、入浴の介助や清拭（身体を拭く）、洗髪などを行います。
	その他	褥瘡（床ずれ）防止等のために体位変換や洗顔、歯磨き等の日常生活を営むために必要な身体介護を行います。
家事援助	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。
	その他	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。 預貯金の引き出し、預け入れは行いません。

重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常時介護を必要とする方に、居宅において入浴・排泄つ・食事等の介護サービスや調理・洗濯・掃除等の家事援助、その他の生活全般にわたる見守り等の支援を行います。
その他生活等に関する相談や助言をいたします。	

(2) 従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次の行為は行いません。

①医療行為

②利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり

③利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受

④利用者の同居家族に対するサービス

利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除、草刈り、植物の水やり等。

⑤利用者の日常生活の範囲を超えたサービス（大掃除、庭掃除など）

⑥利用者の居宅での飲酒、喫煙、飲食

⑦身体拘束その他利用者の行動を制限する行為

（利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむ得ない場合を除く）

⑧利用者又は家族に対して行なう宗教活動、政治活動、営利活動、その他の迷惑行為

(3) サービスの料金と利用者負担額について

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、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

■ 障害者の利用者負担

所得区分	世帯の収入状況	月額負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得 1	市町村民税非課税世帯であって障害者本人の収入が 年収 8 0 万円（障がい基礎年金 2 級相当額）以下の方	0 円
低所得 2	低所得 1 以外の市町村民税非課税世帯の方	0 円
市町村民税課税	市町村民税所得割 16 万円未満	9, 300 円
	市町村民税所得割 16 万円以上	37, 200 円

■ 障害児の利用者負担

生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得 1 ・ 2	市町村民税非課税世帯	0 円
一般	所得割 2 8 万円未満	4, 600 円

◆利用料金の目安は、次表のとおりです。(5 級地)

居宅介護

サービスの種類時間等		利用料	自己負担額
身体介護	30 分未満	2,713 円	271 円
	30 分以上 1 時間未満	4,282 円	428 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,222 円	622 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	7,091 円	709 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	7,992 円	799 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	8,872 円	887 円
	3 時間以上	9762 円に 30 分増すごとに 879 円加算	976 円に 30 分増すごとに 87 円加算
(身体介護を伴う場合) 通院介助	30 分未満	2,713 円	271 円
	30 分以上 1 時間未満	4,282 円	428 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	6,222 円	622 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	7,091 円	709 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	7,992 円	799 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	8,872 円	887 円
	3 時間以上	9762 円に 30 分増すごとに 879 円加算	976 円に 30 分増すごとに 87 円加算
家事援助	30 分未満	1,123 円	112 円
	30 分以上 45 分未満	1,621 円	162 円
	45 分以上 1 時間未満	2,088 円	208 円
	1 時間以上 1 時間 15 分未満	2,533 円	253 円
	1 時間 15 分以上 1 時間 30 分未満	2,915 円	291 円
	1 時間 30 分以上	3296 円に 15 分増すごとに 371 円加算	329 円に 15 分増すごとに 37 円加算
通院介助(身体介護を伴わない場合)	30 分未満	1,123 円	111 円
	30 分以上 1 時間未満	2,088 円	208 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	2,915 円	290 円
	1 時間 30 分以上	3657 円に 30 分増すごとに 731 円加算	365 円に 30 分増すごとに 73 円加算

重度訪問介護

(病院等に入院又は入所中の障害者に提供以外の場合) 重度訪問介護	1 時間未満	1,971 円	197 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	2,936 円	293 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	3,900 円	390 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	4,886 円	488 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	5,861 円	586 円
	3 時間以上 3 時間 30 分未満	6,826 円	682 円
	3 時間 30 分以上 4 時間未満	7,801 円	780 円
	4 時間以上 8 時間未満	8702 円に 30 分増すごとに 901 円加算	870 円に 30 分増すごとに 90 円加算
	8 時間以上 12 時間未満	15963 円に 30 分増すごとに 901 円加算	1,587 円に 30 分増すごとに 90 円加算
	12 時間以上 16 時間未満	23150 円に 30 分増すごとに 858 円加算	2315 円に 30 分増すごとに 85 円加算
	16 時間以上 20 時間未満	30040 円に 30 分増すごとに 911 円加算	3004 円に 30 分増すごとに 91 円加算
	20 時間以上 24 時間未満	37312 円に 30 分増すごとに 848 円加算	3731 円に 30 分増すごとに 84 円加算
(病院等に入院又は入所中の障害者に提供した場合) 重度訪問介	1 時間未満	1,971 円	197 円
	1 時間以上 1 時間 30 分未満	2,936 円	293 円
	1 時間 30 分以上 2 時間未満	3,900 円	390 円
	2 時間以上 2 時間 30 分未満	4,886 円	488 円
	2 時間 30 分以上 3 時間未満	5,861 円	586 円
	3 時間以上 3 時間 30 分未満	6,826 円	682 円
	3 時間 30 分以上 4 時間未満	7,801 円	780 円
	4 時間以上 8 時間未満	8702 円に 30 分増すごとに 901 円加算	870 円に 30 分増すごとに 90 円加算
	8 時間以上 12 時間未満	15963 円に 30 分増すごとに 901 円加算	1,587 円に 30 分増すごとに 90 円加算
	12 時間以上 16 時間未満	23150 円に 30 分増すごとに 858 円加算	2315 円に 30 分増すごとに 85 円加算
	16 時間以上 20 時間未満	30040 円に 30 分増すごとに 911 円加算	3004 円に 30 分増すごとに 91 円加算
	20 時間以上 24 時間未満	37312 円に 30 分増すごとに 848 円加算	3731 円に 30 分増すごとに 84 円加算

加算と減算

◆新規に居宅介護計画等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居宅介護等を行った場合、または従業者に同行した場合に加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
初回加算	2,120 円	212 円	1 月あたり

◆利用者の依頼により、利用者及びその世帯としての上限額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないよう、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合は、以下の料金が加算されます。

内 容	利用料	利用者負担額	
利用者負担上限額管理加算	1,590 円	159 円	1 月あたり

◆居宅介護サービス利用者に対して、居宅介護事業所のサービス提供責任者がサービス事業所、指定障害者支援施設、医療機関等の社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、公認心理師、理学療法士その他の国家資格を有する者（作業療法士、言語聴覚士、看護師、保健師等）に同行して利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状況等の評価を当該社会福祉士等と共同で行い、かつ、居宅介護計画を作成した場合であって、当該社会福祉士等と連携し、当該居宅介護計画に基づく居宅介護を行ったときは、初回の居宅介護が行われた日から起算して 90 日の間、3 回を限度として加算する。

内 容	利用料	利用者負担額	
福祉専門職員等連携加算	5,978 円	597 円	1 回あたり

◆サービス提供の時間帯により料金が加算されます。

提供時間帯名	早 朝	夜 間	深 夜
時 間 帯	午前 6 時～午前 8 時	午後 6 時～午後 10 時	午後 10 時～午前 6 時
加算割引	25%増し	25%増し	50%増し

◆福祉・介護職員処遇改善加算、特定処遇改善加算、ペースアップ等支援加算
(令和 6 年 5 月 31 日まで算定します)

内容	居宅介護	重度訪問介護
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1 月につき所定単位数の 27.4%	1 月につき所定単位数の 20.0%
福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	1 月につき所定単位数の 20.0%	1 月につき所定単位数の 14.6%
福祉・介護職員特定処遇改善加算(Ⅰ)	1 月につき所定単位数の 7.0%	1 月につき所定単位数の 7.0%
福祉・介護職員特定処遇改善加算(Ⅱ)	1 月につき所定単位数の 5.5%	1 月につき所定単位数の 5.5%
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	1 月につき所定単位数の 4.5%	1 月につき所定単位数の 4.5%

◆福祉・介護職員等処遇改善加算 (令和 6 年 6 月 1 日から算定します)

内容	居宅介護	重度訪問介護
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)	1 月につき所定単位数の 41.7%	1 月につき所定単位数の 34.3%
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	1 月につき所定単位数の 40.2%	1 月につき所定単位数の 32.8%
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ)	1 月につき所定単位数の 34.7%	1 月につき所定単位数の 27.3%
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ)	1 月につき所定単位数の 27.3%	1 月につき所定単位数の 21.9%

◆減算

身体拘束廃止未実施減算	-1%
虐待防止措置未実施減算	-1%
業務継続計画未策定減算	-1%（令和7年4月1日から適用）
情報公表未報告減算	-5%

※ サービス提供時間数は、実際にサービス提供に要した時間ではなく、居宅介護計画等に位置づけた時間数によるものとします。なお、計画時間数と実際にサービス提供に要した時間が大幅に異なる場合は、居宅介護計画等の見直しを行います。

※ やむを得ない事情で、かつ利用者の同意のもと、従業者2人で訪問した場合の費用は2人分となり、利用者負担額も2倍になります。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

(4) その他

交通費	通常の事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、公共交通機関を利用した場合は、その実費を請求させていただきます。	
・ サービス提供にあたり必要となる利用者の居宅で使用する電気、ガス、水道の費用 ・ 家事援助に係る買い物等で利用者宅から目的地までの公共交通機関を利用した場合の交通費	利用者の別途負担となります。	
キャンセル料	サービスを中止される場合は、必ず前日までにご連絡くださいますようお願いいたします。前日17時までのキャンセル料は無料です。 ご連絡ない場合や当日キャンセルの場合は、 キャンセル料1,000円 を請求させていただきます。	

5 利用料の請求および支払い方法について

利用料金の支払いは、口座自動振替とし、1ヶ月ごとに計算し翌月中旬までにご請求いたします。振替予定日は翌月の27日となります。入金確認後、領収証を発行します。

6 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 居宅介護計画等の変更等

居宅介護計画等は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。また、サービス利用の変更・追加は、従業者の稼働状況により利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示する等必要な調整をいたします。

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、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。

虐待防止に関する責任者	代表取締役 高 陽
-------------	-----------

(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) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

8 秘密の保持と個人情報の保護について

事業者及び従業者は、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、従業者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、従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者と雇用契約の内容とします。

9 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

(1) 利用者のかかりつけ医療機関

医療機関名		診 療 科	
所 在 地			
主 治 医		電 話 番 号	

(2) 緊急連絡先

連絡先	氏 名：	続 柄：
	所 在 地：	
	電 話 番 号：	

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護等の提供により事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処遇について記録します。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

(1) 損害保険会社名 三井住友海上火災保険株式会社

(2) 損害保険の種類 賠償責任保険

(3) 損害保険の内容 1 事故につき支払上限額 100,000,000 円

11 サービス内容に関する苦情相談窓口

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

受 付 窓 口	窓 口 担 当 者	管理者 高木 香里
	苦情解決責任者	管理者 高木 香里
	受付日	月曜日～金曜日（8月13日～8月15日、12月30日～1月3日を除く。）
	受 付 時 間	午前8時から午後5時
	電 話 番 号	075-748-7982
	F A X 番 号	075-748-7983

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は京都府社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

伏見区役所保健福祉センター 健康福祉部障害保健福祉課	所在地	京都市伏見区鷹匠町 39 番地の 2
	受付日	月曜日から金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
	電話番号	075-611-2392
	FAX 番号	075-611-7330
深草支所保健福祉センター 健康福祉部障害保健福祉課	所在地	京都市伏見区深草向畑町 93 番地の 1
	受付日	月曜日から金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
	電話番号	075-642-3574
	FAX 番号	075-641-7326
醍醐支所保健福祉センター 健康福祉部障害保健福祉課	所在地	京都市伏見区醍醐大構町 28 番地
	受付日	月曜日から金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
	電話番号	075-571-6372
	FAX 番号	075-571-2973
山科区役所保健福祉センター 健康福祉部障害保健福祉課	所在地	京都市山科区柳辻池尻町 14-2
	受付日	月曜日から金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
	電話番号	075-592-3243
	FAX 番号	075-594-2181
京都府福祉サービス運営適正化委員会	所在地	京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル 5 階
	受付日	月曜日から金曜日（祝日・年末年始は除く）
	受付時間	午前 9 時から午後 5 時
	電話番号	075-252-2152
	FAX 番号	075-212-2450

1 2 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		

平成 25 年 8 月 1 日新規制定
平成 28 年 1 月 1 日一部改定
令和 2 年 8 月 20 日一部改定
令和 6 年 4 月 1 日一部改定

平成 26 年 9 月 1 日一部改定
平成 30 年 4 月 1 日一部改定
令和 3 年 4 月 1 日一部改定
令和 6 年 11 月 5 日一部改定

平成 27 年 4 月 1 日一部改定
令和 1 年 10 月 1 日一部改定
令和 4 年 10 月 1 日一部改定
令和 7 年 5 月 1 日 一部改定

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上、指定居宅介護・重度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

事業者（法人名）：有限会社康福 印

事業所名：こうふく介護醍醐事務所

住所：京都市伏見区醍醐高畑町 68-6

中野ビル 205 号室

管理者名： 高木 香里

説明者	職 名	サービス提供責任者
-----	-----	-----------

氏 名 _____ 印 _____

私は、重要事項説明書に基づいて指定居宅介護・重度訪問介護のサービス内容、重要事項の説明を受け、その内容に同意の上、本書面を受領しました。

利用者 住所：

氏名： _____ 印 _____

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住所：

氏名： _____ 印 _____

続柄：