

ヘルパーステーションもみじ

重要事項説明書

居宅介護(2611201266)

1. 事業者

- (1) 法人所在地 〒611-0041 京都府宇治市槇島町落合43-11
- (2) 法人名 株式会社S T S 伏見 代表取締役 菅原 法子

2. 事業所の概要

- (1) 主たる対象者 身体障がい者（18歳未満の者を除く）・難病等対象者（18歳未満の者を除く）
- (2) 名 称 ヘルパーステーションもみじ
- (3) 所在地 京都府宇治市槇島町落合43-11
- (4) 電話番号 0774-66-7805 FAX番号 0774-66-7806
- (5) 管理者名 田中 ちはる
- (6) 開設年月日 令和3年7月1日
- (7) 事業の目的・運営方針

目 的	当該事業所が行う障がい者日常生活・社会生活を総合的に支援する為の法律に基づき、適正な指定居宅介護を提供する。	
運営方針	①	利用者が居宅において自立した日常生活又は社会生活が営むことができるよう、入浴・排泄及び食事等の介護、調理、洗濯、掃除その他の家事、生活等に関する相談及び助言、その他生活全般にわたる援助を適切かつ効果的に行う。
	②	障がい者の意思及び人格を尊重して、常に障がい者の立場に立ったサービス提供に努める。
	③	地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、ほかの指定障がい福祉サービス事業者等その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。
	④	事業の実施にあたっては、前3項のほか、関係法令等を遵守する。

3. 通常の事業の実施地域

宇治市・伏見区

*上記地域以外でご希望の方はご相談ください

4. 営業日・営業時間

月曜日～土曜日（日曜日・12月31日～1月3日は営業していません。）

午前9：00～午後5：30（営業時間）

午前6：00～午後8：00（サービス提供時間）

5. 職員の体制

職種	資格	常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務	合計
管理者			1			1
サービス提供責任者	介護福祉士 実務者研修修了者		4		1	5
訪問介護員	介護福祉士		3	3	1	7
	介護職員初任者研修	7		13		20

令和7年8月1日現在

[職務内容]

職種	職務内容
管理者	事業の管理を一元化に行うとともに、法令等遵守の為の指揮命令を行う
サービス提供責任者	ご利用者やご家族との相談窓口 障がい福祉サービスの利用申し込みに係る調整 居宅介護計画の作成・交付 サービス提供全般の調整と管理 従業者に対する技術指導
従業者	居宅介護計画に基づき、障がい福祉サービスの提供

6. 指定障がい福祉サービス等の内容

	種類	内容・手順
身体介護	食事介助	食事の準備、食事介助、後片付け等
	入浴・清拭介助	全身浴・洗髪介助、更衣介助等・身体清拭等
	排泄介助	トイレ誘導、おむつ交換等
	通院介助	身体介護を伴う場合
	その他	日常生活を営むために必要な身体介護
通院等乗降介助	乗降介助	ヘルパー資格を有する者が運転する車両の乗降介助
家事援助	買物	金額確認、買物代行、物品確認等
	掃除・整理整頓	室内清掃・整理整頓
	洗濯	洗濯、洗濯物干し、取り入れ等
	調理	メニュー検討、炊事、後片付け等
	通院介助	身体介護を伴わない場合
	その他	日常生活を営むために必要な家事の援助
その他、生活等に関する相談及び助言、外出時における移動中の介護、生活全般にわたる援助		

7. 利用料(概算)

$$\text{単位} \times \text{回数} = (A) \quad (A) \times 10.36 = (B) \quad (B) \times 0.9 = (C) \quad (C) - (B) = \text{利用者負担}$$

* 小数点以下、切り捨て

1) 身体介護サービス（1回料金）利用者負担額

① 30分未満	256単位	265円
② 30分以上1時間未満	404単位	418円
③ 1時間以上1時間30分未満	587単位	608円
④ 1時間30分以上2時間未満	669単位	693円

2) 家事援助サービス（1回料金）利用者負担額

① 30分未満	106単位	110円
② 30分以上45分未満	153単位	158円
③ 45分以上1時間未満	197単位	204円
④ 1時間以上1時間15分未満	239単位	247円

3) 通院等乗降介助

1回につき	102単位	106円
-------	-------	------

4) 加算料金

①初回加算	200単位	207円
-------	-------	------

新規に居宅介護計画を作成した月の、同月内にサービス提供責任者が自ら居宅介護を行う場合、又は、他の従業員が居宅介護を行う際に同行訪問した場合に加算されます。

(2) 夜間加算（午後6時～午後10時） 基本単位の25%

(3) 早朝加算（午前6時～午前8時） 基本単位の25%

5) 正当な理由なくキャンセルになった場合、以下の通りキャンセル料をいただきます。

(ただし、病状の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料を不要とします。)

(加算を除く、基本単位から算出致します。障害保険適用外です。)

①	前日のキャンセルは無料
②	支援時間に介助人がご自宅に到着し、キャンセルになった場合は所定支援料金の全額
③	支援予定時間の15分前にキャンセルの通知をした場合、所定支援料金の半額
④	支援予定時間の30分前にキャンセルの通知をした場合、所定支援料金の四分の一

8. お支払方法

事業者は、当月の利用者負担額の請求書に明細を付して、翌月10日頃までに利用者に請求し、利用者は、末日までに次のいずれかの方法により支払います。

☐ 現金払い

☐ 金融機関振込

事業者は、利用者等から利用負担の支払いを受けたときは、領収証を発行します。

サービス実施に必要な利用者宅の水道、ガス、電気、電話等の費用はお客様の負担となります。

9. 利用の中止、変更

利用者は、利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用の中止または変更が出来ます。この場合には、利用者はサービス実施前の24時間前までに事業者にお申し出ください。

10. 緊急時の対応について

ご利用者の急変時やホームヘルパーの報告にもとづきサービス提供責任者が必要と判断した時は、あらかじめ契約時に確認した緊急連絡先（利用者の家族等）及び医療機関への連絡・相談報告をいたします。

11. 事故発生時の対応について

介護中に事故が発生した場合は、サービス提供責任者に報告し、報告を受けたサービス提供責任者は管理者に報告します。また、速やかに事故報告書を作成し、利用者の家族及び区役所、その他関係機関へ連絡します。

12. 災害時の対応について

特別警報級・警報級の災害が発生した際は、場合によっては支援日・支援時間の変更や、当日の支援をお断りする場合がございます。
その際は、当事業所よりご本人、ご家族（必要時）、関係機関に連絡します。

13. 苦情の受付

当事業所では、サービスに関する苦情やご意見を受付けています。お気軽にお電話ください。

電話番号	0774-66-7805
F A X	0774-66-7806
苦情受付窓口	田中 ちはる (管理者)
苦情受付日時	月曜日から土曜日 午前9時から午後5時30分

尚、当事業所以外にも京都市・国民健康保険団体連合会等にも苦情・相談の受付窓口があります。

窓口		電話番号
宇治市	宇治市役所 障害福祉課	0774-21-0419
京都市	京都市伏見区役所 保健福祉センター障害保険福祉課	075-611-2392
京都市	京都市伏見区役所深草支所 保健福祉センター障害保険福祉課	075-642-3574
京都市	京都市伏見区役所醍醐支所 保健福祉センター障害保険福祉課	075-571-6372
京都市	京都府国民健康保険団体連合会	075-354-9090

1 4. 個人情報の保護

従業者は、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り扱いのためのガイドライン」を遵守し適切な取り扱いに務めるものとします。

事業者が得た利用者及びその家族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、サービス担当学会議等において、利用者の個人情報を用いる場合は、利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意をあらかじめ文書により得るものとします。

1 5. 秘密の保持

従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保持します。

従業者であった者に、業務上知り得た利用者及び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、これらの秘密を保持すべき旨を、授業者との雇用契約の内容に含むものとします。

1 6. 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		

居宅介護サービスの提供開始に際し、本書面を交付の上、重要事項についての説明を行いました。

事業者

(住 所)
(法 人 名)
(代 表 者)

京都府宇治市槇島町落合43-11
株式会社S T S 伏見
代表取締役 菅原 法子

事業所

(住 所)
(事 業 所 名)
(管 理 者)
(障害福祉指定事業所番号)

京都府宇治市槇島町落合43-11
ヘルパーステーションもみじ
田中 ちはる
2611201266

説明者

令和 年 月 日

(職 名)

サービス提供責任者

(氏 名)

印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項についての説明を受け、居宅介護の提供について

利用者

(契約者)

令和 年 月 日

(住 所)

(氏 名)

印

家 族

(個人情報取り扱い同意)

(住 所)

(氏 名)

印

代理人又は署名代行者

(住 所)

(氏 名)

印

(契約者との関係

)