

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、事業所の概要や提供されるサービスの内容等、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 法人（事業者）の概要

名 称	株式会社土屋
所在地	岡山県井原市井原町 192-2 久安セントラルビル 2F
代表者氏名	代表取締役 大山敏之

2. 事業所の概要

事業所名称	ホームケア土屋高知
介護保険指定 事業所番号	(指定事業所番号) 3910152663 (指定年月日) 令和3年1月1日
事業所所在地	高知県高知市南御座 1-33
電話番号	050-3138-5079
事業所の通常の 事業の実施地域	高知市全域

3. 事業の目的及び運営の方針

事業の目的	要介護状態にある利用者に対し、指定訪問介護事業者としての適正な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な訪問介護サービスの提供することを目的とする。
運営の方針	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるように配慮して、身体介護その他の生活全般にわたる援助を行うものとする。また、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努め、関連多職種との連携の強化を図る。

4. 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日まで（土日祝日、12/29～1/3を除く）
営業時間	午前9時から午後6時

5. 事業所の職員体制

従業者の職種及び職務内容	員数
管理者 (従業者及び業務の一元的管理及び指揮命令)	1名 (サービス提供責任者兼務)
サービス提供責任者 (サービスの利用の申込みに係る調整、訪問介護員等に対する技術指導、訪問介護計画の作成等)	1名 (管理者兼務)
介護職員 (訪問介護計画に基づいた訪問介護サービスの提供)	3名 (常勤 2名、非常勤1名) 令和3年1月1日時点

6. 提供するサービスの内容

(1) 訪問介護計画の作成	
(2) 身体介護 利用者の身体に直接接触して行う介助や日常生活を営むのに必要な機能を高めるための介助や専門的な援助を行います。	①排泄・食事介助 ②清拭・入浴・身体整容 ③体位変換 ④移動・移乗介助、外出介助 ⑤その他の必要な身体の介護
(3) 生活援助 家事を行うことが困難な利用者に対して、家事の援助を行います。	①調理 ②衣類の洗濯、補修 ③住居の掃除、整理整頓 ④生活必需品の買い物 ⑤その他必要な家事

※直接利用者の援助に該当しない、主として家族の利便に供する行為又は家族が行うことが適当であると判断される行為や、日常生活の援助に該当しない、または日常的に行われる家事の範囲を超える行為につきましては、サービス提供をお断りする場合があります。

※次に掲げる行為は訪問介護員としての禁止行為とされております。

- ① 医療行為 (認定特定行為業務従業者等による喀痰吸引及び経管栄養を除く)
- ② 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書、書類等の預かり
- ③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ 利用者の家族等に対するサービスの提供
- ⑤ 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又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ⑦ その他利用者もしくはその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

7. 利用料金

(1) 基本利用料

基本利用料は「別紙 訪問介護料金表」のとおりであり、お支払いいただく利用者負担金は、原則として基本利用料の1割（一定以上の所得のある方は2割または3割の額）です。なお、介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用する場合等の介護保険外のサービスにつきましては、別途契約に基づきます。

(2) キャンセル料

利用予定日の直前にサービス提供をキャンセルした場合は、以下のとおりキャンセル料をいただきます。（生活援助サービス含む）ただし、利用者ご自身の体調や容体の急変など、やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要とします。

キャンセルの時期	キャンセル料
利用予定日の前日	なし
利用予定日の当日	一律¥1,000(税別)

(注) 利用予定日の前々日までのキャンセルの場合は、キャンセル料は不要です。

(3) 交通費

利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。

(4) お支払方法

上述の料金・費用は1か月ごとに計算し、毎月請求書を発行いたしますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。また、お支払いの確認をされましたら領収書を発行いたしますので必ず保管されますようお願いいたします。

①金融機関口座からの自動引き落とし

口座振替依頼書をご記入・ご提出ください。手続きの完了後、毎月27日に前月分の利用料が、ご指定いただきました口座から引き落とされます。(依頼書のご提出から手続きの完了まで1~2か月程度かかります)

②指定口座への振り込み

振込口座及び支払期限につきましては、請求書に記載いたします。

※口座振替や銀行振込が難しい場合の現金でのお支払いにつきましてはご相談ください。

8. 事故発生時の対応方法について

サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族、利用者に係る居宅介護支援事業及び市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定訪問介護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。

なお、事業者は以下の損害賠償保険に加入しております。

引受保険会社	損保ジャパン
保険名	ウォームハート(介護事業者様向け賠償責任保険)
補償の概要	業務遂行上の事故や財物損壊等に対する補償

9. 第三者による評価の実施状況等

第三者による評価		あり	実施日	
			評価機関名称	
			結果の開示	1あり 2なし
	○	なし		

10. 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、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者は当事業所の管理者です。
- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (4) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村障害者虐待防止センターに通報します。

11. 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等においては、人命を最優先にするとともに、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じ、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

12. サービス提供に関する相談、苦情について

サービス提供に関する苦情や相談にかかる、相談窓口は以下の通りです。

【当事業所の窓口】	苦情解決責任者	管理者
	電話番号	050-3138-5079

【公的団体の窓口】	名称	各都道府県社会福祉協議会内に設置されている運営適正化委員会
	電話番号	088-802-2611

【利用者の居住地がある市町村 (支給決定自治体)の窓口】	名称	
	電話番号	

事業者はサービスの開始にあたり、利用者に対して重要事項の説明を行いました。

重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
---------------	-------

事業者	株式会社土屋 代表取締役 大山敏之 印
事業所名	ホームケア土屋高知
管理者	
説明者氏名	印

利用者は、事業者から重要事項説明書の内容の説明を受け、同意しました。また、利用者の緊急時の連絡先は以下の通りです。

(利用者)

住所	
氏名	印

(代理人・家族・署名代行者) 私は、利用者本人に代わり、上記署名を行いました。

住所	
氏名	印 続柄：

(緊急連絡先) 主治医

医療機関 (担当)	
電話番号	

(緊急連絡先) ご家族等

氏名	続柄：
電話番号	