「指定訪問介護」「介護予防型訪問サービス」

重　要　事　項　説　明　書

当事業所は介護保険の指定を受けています。

（兵庫県指定　事業者番号　２８７２８００１１１）

　当事業所はご契約者に対して、指定訪問介護サービスまたは指定介護予防型訪問サービスを提供します。

　事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明いたします。

1. 事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 | 　社会福祉法人　播磨町社会福祉協議会 |
| 法人所在地 | 　加古郡播磨町南大中１－８－４１　播磨町福祉しあわせセンター |
| 代表者 | 　会長　近　藤　龍　樹 |
| 設立年月日 | 　昭和４２年１月２６日 |
| 電話番号 | 　０７９－４３５－１７１２ |
| ＦＡＸ番号 | 　０７９－４３６－５６１０ |
| Ｅメール | 　info@harima-wel.or.jp |

1. 事業所の説明

 平成１２年４月１日指定　兵庫県指定　事業者番号　２８７２８００１１１

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 | 　播磨町社会福祉協議会　ホームヘルパーステーション |
| 所在地 | 　加古郡播磨町南大中１－８－４１　播磨町福祉しあわせセンター |
| 電話番号 | 　０７９－４３５－５００８ |
| ＦＡＸ番号 | 　０７９－４３５－５２１８ |
| Ｅメール | 　helper@harima-wel.or.jp |
| 管理者 | 　西 野 英 三 郎 |
| 運営方針 | 訪問介護員等は、要介護者または要支援状態等の心身の特性を踏まえて、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、入浴、排泄、食事の介護その他の生活全般にわたる援助を行う。 |
| 開始年月日 | 　平成１２年４月１日 |
| 通常の事業の実施地域 | 　播磨町 |
| 営業日及び営業時間 | 　月曜日～日曜日（１２月２９日～１月３日を除く）　午前８時３０分～午後５時１５分 |
| サービス提供時間 | 　午前７時３０分～午後９時 |

1. 契約締結からサービス提供までの流れ
2. ご契約者に対する具体的なサービス内容やサービス提供方針については、「居宅サービス計画（ケアプランまたは介護予防ケアプラン）」がある場合はその内容をふまえ、契約締結後に作成するそれぞれのサービスに係る訪問介護計画（以下、「個別サービス計画」という）に定めます。

契約締結からサービス提供までの流れは次のとおりです。（契約書第３条参照）

　　　①その担当者は個別援助計画の原案について、ご契約者およびその

　　　　家族等に対して説明し、同意を得た上で、決定します。

　　　②個別サービス計画は、居宅サービス計画（ケアプラン）が変更さ

　　　　れ場合、もしくはご契約者及びその家族等の要請に応じて、変更

　　　　の必要があるかどうかを確認し、変更の必要のある場合には、ご

　　　　契約者及びその家族等と協議して、個別サービス計画を変更しま

　　　　す。

　　　③個別サービス計画が変更された場合には、ご契約者に対して書面

　　　　を交付し、その内容を確認していただきます。

1. ご契約者に係る「居宅サービス計画（ケアプランまたは介護予防ケアプラン）」が作成されていない場合のサービス提供の流れは次のとおりです。
2. 要介護認定または要支援認定を受けている場合
* 居宅介護支援事業者または地域包括支援センターの紹介等必要な支援を行います。
* 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供

　します。

* 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払

　いいただきます。（償還払い）

↓

　居宅サービス計画（ケアプランまたは介護予防ケアプラン）の作成

↓

* 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、そ

　れに基づき、ご契約者にサービスを提供します。

* 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料

　金（自己負担額）をお支払いいただきます。

1. 要介護認定または要支援認定を受けていない場合
* 要介護認定または要支援認定の申請に必要な支援を行います。
* 個別サービス計画を作成し、それに基づき、ご契約者にサービスを提供

　します。

* 介護保険給付対象サービスについては、利用料金をいったん全額お支払

　いいただきます。（償還払い）

　要支援・要介護と認定された場合　　　　　　自立と認定された場合

　　　　　　　　↓　　　　　　　　　　　　　　　　　　↓

* 居宅サービス計画（ケアプランまたは　　 ○契約は終了します。

介護予防ケアプラン）を作成していた　　 ○既に実施されたサービスの

だきます。必要に応じて、居宅介護支　　　 利用料金は全額自己負担と

事業者の紹介等必要な支援を行います。　　 なります。

　　　　　　　↓

　　　　　　 居宅サービス計画（ケアプランまたは介護

予防ケアプラン）の作成

　　　　　　　　　　　　　　　↓

* 作成された居宅サービス計画に沿って、個別サービス計画を変更し、そ

　れに基づき、ご契約者にサービスを提供します。

* 介護保険給付対象サービスについては、介護保険の給付費額を除いた料

　金（自己負担額）をお支払いいただきます。

４．職員の配置状況

　　　　当事業所では、ご契約者に対して訪問介護サービス提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　種 | 常　勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 指定基準 | 職務の内容 |
| 1.管理者 | １名 |  | １名 | １　名 | 従業者・業務の管理 |
| 2.サービス提供責任者 | ２名 |  | ２名 | １　名 | 申込み係る調整。訪問介護計画の作成 |
| 3.訪問介護員 | ２名 | 　8名 | ３．９名 | ２.５名 | 指定訪問介護 |
|  | 介護福祉士 | ２名 | 　１名 |  |  | の提供 |
|  | 訪問介護養成研修実務者研修課程修了者 | 0名 | 　１名 |  |  |  |
|  | 訪問介護養成研修初任者研修(ﾍﾙﾊﾟｰ2級)課程修了者 | ０名 | 　６名 |  |  |  |

５．当事業所が提供するサービスと利用料金

　　　当事業所では、ご契約者のご家庭を訪問し、サービスを提供します。

　　　また、当事業所が提供するサービスについて

1. 利用料金が介護保険から給付される場合
2. 利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合

　　　があります。

1. 介護保険給付の対象となるサービス（契約書第４条参照）

以下のサービスについては、利用料金の大部分(通常は９割または８割または７割)が介護保険から給付されます。

　　（Ⅰ）サービスの概要

* 身体介護　～　入浴・排泄・食事等の介助を行います。
* 生活援助　～　調理・洗濯・掃除・買物等の日常生活上の世話を行います。
1. 身体介護

|  |  |
| --- | --- |
| 入浴介助 | 入浴の介助または、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）などをします。 |
|  |  |
| 排泄介助 | 排泄の介助、おむつ交換を行います。 |
| 食事介助 | 食事の介助をします。 |
| 体位変換 | 体位の変換を行います。 |
| 通院介助 | 通院の介助を行います。 |

1. 生活援助

|  |  |
| --- | --- |
| 調理 | ご契約者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません） |
| 洗濯 | ご契約者の衣服等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。） |
| 掃除 | ご契約者の居宅の掃除を行います。（ご契約者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません） |
| 買物 | ご契約者の日常生活に必用となる物品の買物を行います。（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。） |

* ご契約者に対する具体的なサービス実施内容、実施日及び実施回数は、居宅サービス計画(ケアプランまたは介護予防ケアプラン)がある場合には、それを踏まえた訪問介護計画に定められます。
* 上記のサービスの利用料金は、実際にサービスに要した時間ではなく、訪問介護計画に基づき決定されたサービス内容を行うために標準的に必要となる時間から介護給付費体系により計算されます。

☆加算対象サービス

　　以下のサービスは、介護報酬の加算対象となっています。ご利用の際には、加算額の１割～３割を追加料金としてご負担いただきます。

1. 初回加算

新規に訪問介護計画を作成した利用者に対して、初回に実施した訪問介護と同月内に、サービス提供責任者が、自ら訪問介護を行う場合又は他の訪問介護員等が訪問介護を行う際に同行訪問した場合に、加算をいただきます。

1. 緊急時訪問介護加算

利用者やそのご家族等からの要請を受けて、サービス提供責任者がケアマネジャーと連携を図り、ケアマネジャーが必要と認めたときに、サービス提供責任者又はその他の訪問介護員等が居宅サービス計画にない訪問介護（身体介護）を行った場合に加算をいただきます。

1. 処遇改善加算

介護職員の賃金改善を実施し、介護職に就く人を増やし、定着することを目指したもので、下記の加算をいただきます。

|  |  |
| --- | --- |
| 加算名 | 加算率 |
| 介護職員等処遇改善加算Ⅳ | 介護報酬の14.5％ |

1. 特定事業所加算Ⅴ

サービスの質の高い事業所を積極的に評価する観点から、人材の質の確保や介護職員の活動環境の整備、重度要介護者への対応などを行っている事業所に認められるもので、介護報酬の３％の加算をいただきます。

　　（Ⅱ）サービス利用料　（契約書第１０条参照）

1. 訪問介護サービス利用料（要介護１～５）

　　　　　それぞれのサービスについて、その内容と平常時間帯（午前８時から午後６時）での料金は次のとおりです。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| サービスに要する時間 | ２０分未満 | ２０分以上３０分未満 | ３０分以上１時間未満 | １時間以上 |
| 身体介護 |  | １６３単位 | ２４４単位 | ３８７単位 | ５６７単位 |
| 1.介護報酬額 | １，６６４円 | ２，４９１円 | ３，９５１円 | ５，７８９円 |
| 2.利用者様負担額 |
| 　 | １割負担 | １６７円 | ２５０円 | ３９６円 | ５７９円 |
| ２割負担 | ３３３円 | ４９９円 | ７９１円 | １，１５８円 |
| ３割負担 | ５００円 | ７４８円 | １，１８６円 | １，７３７円 |
| サービスに要する時間 |  | ２０分以上４５分未満 | ４５分以上 |  |
| 生活援助 |  |  | １７９単位 | ２２０単位 |  |
| 1.介護報酬額 |  | １，８２７円 | ２，２４６円 |  |
| 2.利用者様負担額 |
|  | １割負担 | 　　 | １８３円 | ２２５円 |  |
| 　 | ２割負担 |  | ３６６円 | ４５０円 |  |
|  | ３割負担 |  | ５４９円 | ６７４円 |  |

1. 介護予防訪問型サービス利用料（要支援１・２）

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | 訪問型独自サービス21 |
| １月あたりの標準的な回数を定める場合【要支援１・２】 |
| 1.１回のサービス単位 | ２８７単位／１回 |
| 2. １回の介護報酬額 | ２，９３０円／１回 |
| 3. 利用者様負担額 |  |
|  | １割負担 | 　２９３円／１回 |
|  | ２割負担 | ５８６円／１回 |
|  | ３割負担 | ８２１円／１回 |
|  |  |  |  |
| サービスの種類 | 訪問型独自サービス11 | 訪問型独自サービス12 | 訪問型独自サービス13 |
| 月５回以上の利用（上限単位・額） | 月９回以上の利用（上限単位・額） | 月１３回以上の利用（上限単位・額） |
| 1. サービスの単位 | １，１７６単位／月 | ２，３４９単位／月 | ３，７２７単位／月 |
| 2. 介護報酬額 | １２，００６円／月 | ２３，９８３円／月 | １，２４５円／月 |
| 3. 利用者様負担額 |
|  | １割負担 | １，２０１円／月 | ２，３９９円／月 | ３，８０６円／月 |
|  | ２割負担 | ２，４０２円／月 | ４，７９７円／月 | ７，６１１円／月 |
|  | ３割負担 | ３，６０２円／月 | ７，１９５円／月 | １１，４１６円／月 |

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | ２０分未満の訪問型サービス |
| 身体介護が中心（１月に２２回まで） |
| 7. 1回のサービス単位 | １６７単位 |
| 8. １回の介護報酬額 | １，７０５円 |
| 9.利用者様負担額 |
|  | １割負担 | １７１円 |
|  | ２割負担 | ３４１円 |
|  | ３割負担 | ５１２円 |

　※訪問介護サービスに関する注意事項

☆「サービスに要する時間」は、そのサービスを実施するために国で定められた標準

　的な所要時間です。

　　☆平常の時間帯（午前8時から午後6時）以外の時間帯でサービスを行う場合には、

　　　　次の割合で利用料金が加算されます。割増料金は、介護保険の支給限度額の範囲で

　　　　あれば、介護保険給付の対象となります。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 時　間　帯 | 割増率 |
| 早朝 | 午前6時から午前8時まで | ２５％ |
| 夜間 | 午後6時から午後10時まで | ２５％ |
| 深夜 | 午後10時から午前6時まで | ５０％ |

　　　☆２人の訪問介護職員が共同でサービスを行う必要がある場合は、ご契約者の同意の

　　　　上で、通常の利用料金の２倍の料金をいただきます。

* 体重の重い方に対する入浴介助等の重介護サービスを行う場合
* 暴力行為などが見られる方のサービスを行う場合
* その他、利用者の状況から、適当と見とめられる場合

　※介護予防訪問型サービスに関する注意事項

　　　☆訪問型サービスは、身体介護中心型と生活援助中心型の区分が一本化されたものです。

　　　☆訪問型サービスは1回あたりの単価を採用しているので、1回につきの料金となります。1月につき所定の回数を超過した利用がある場合に１月につきの料金となります。

　※訪問介護サービスおよび訪問型サービスに関する注意事項

　　　☆ご契約者が未だ要介護認定または要支援認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いただきます。要支援または要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サ

　　　　ービス計画が作成されない場合も償還払いとなります。

　　　☆訪問介護サービスの生活援助と訪問型サービスは、原則１回のサービス時間は、１時間を限度とします。

　　　☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額にあわせて、ご契約者の

　　　　負担額を変更します。

　　　☆ご契約者が介護保険料に未納がある場合には、自己負担額については、前記の表と

異なることがあります。

　（２）介護保険サービスの給付対象とならないサービス（契約書第５条、第１０条参照）

1. 介護保険給付の支給限度額を超えてのサービス

　　介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、前述のサー

　　　　　ビス利用料金表に定められた「サービス利用料金」（自己負担ではありません）が必要となります。

1. 複写物の交付

　　ご契約者は、サービス提供についての記録その他の複写物を必要とする場合に

　は、実費相当分をご負担いただきます。

　　　１枚につき　１０円

1. 通常の事業実施地域外の方のサービス利用

　　通常の事業実施地域外の方で、当事業所のサービスを利用される場合は、交通

　費として実費をいただきます。なお、自動車を使用した場合の交通費は、１回に５００円以内とします。

※上記の費用を変更する場合は、１か月以上前に文書で通知します。

　（３）利用料金のお支払方法（契約書第１０号参照）

前記（１）、（２）の料金・費用は、利用者さまのご希望の金融機関の口座からの引き落とし、現金でのお支払い等、その他のお支払方法をご希望になられる場合は、ご相談下さい。

　（４）利用の中止、変更、追加（契約書第１１条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、訪問介護サービスまたは訪問型サービスの利用の中止又は変更、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、利用予定日の前々日の１7時までに事業者の申し出てください。

○利用予定日の前々日17時までに申し出がなく、前日もしくは当日になって利用

の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合

があります。但しご契約者の体調不良等正当な事由がある場合には、この限りで

はありません。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用予定日の前々日までに申し出があった場合 | 　無料 |
| 利用予定日の前日に申し出があった場合 | 当日の利用料金（自己負担額）の５０％ |
| 利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 | 当日の利用料金（自己負担額）の全額 |

○介護保険給付の対象となるサービスの取消料については、上表の区分に従い、自

　　　　　己負担額の５０％もしくは全額となります。

　　　　○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所及び訪問介護員の稼動状況

　　　　　により、契約者の希望する期間にサービス提供ができない場合、他の利用可能な

　　　　　期間又は日時を契約者に提示して協議します。

６．訪問介護サービス利用に関する留意事項

1. サービス提供を行う訪問介護員

　　サービス提供時に、担当訪問介護員を決定します。

　　ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数の訪問介護員が交替してサービス

　を提供します。

1. 訪問介護員の交替（契約書第７条参照）

ア．ご契約者からの交替の申し出

　　選任された訪問介護員の交替を希望する場合には、当該訪問介護員が業務上不適

　当と認められる事情その他交替する理由を明らかにして、事業者に対して訪問介護

　員の交代を申し出ることができます。ただし、ご契約者から特定の訪問介護員の指

　定はできません。

イ．事業者からの訪問介護員の交替

　　事業者の都合により、訪問介護員を交替することがあります。

　　訪問介護員を交替する場合は、契約者及びその家族等に対してサービス利用上の

　不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。

1. サービス実施時の留意事項（契約書第８条参照）
2. 定められた業務以外の禁止

訪問介護サービスの利用にあたり、契約者は「５．当事業所が提供するサービス

　　　　と利用料金」で定められたサービス以外の業務を事業者に依頼することはできませ

　　　　ん。

1. 訪問介護サービスの実施に関する指示・命令

訪問介護サービスの実施に関する指示・命令はすべて事業者が行います。但し、

　　　　事業者は訪問介護サービスの実施にあたって契約者の事情・意向等に十分に配慮す

　　　　るものとします。

1. 備品等の使用

訪問介護サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は、無

　　　　償で使用させていただきます。訪問介護員が事業所に連絡する場合の電話等も使用

　　　　させていただきます。

1. サービス内容の変更（契約書第１２条参照）

　　　サービス利用当日に、ご契約者の体調等の理由で、予定されていたサービスの実

　　施ができない場合には、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変

　　更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

1. 訪問介護員の禁止行為（契約書第１６条参照）

　　　訪問介護員は、ご契約者に対する訪問介護サービスの提供にあたって、次に該当

　　する行為は行いません。

1. 医療行為又は医療補助行為
2. ご契約者もしくはその家族等からの高価な物品等の授受
3. ご契約者の家族等に対する訪問介護サービス提供
4. 飲酒及び契約者もしくは家族等の同意なしに行う喫煙
5. ご契約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
6. その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

７．サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

　　　契約期間満了の７日前までに契約者から契約終了の申入れがない場合には、契約は更

　　に６ヶ月間（要介護認定期間）同じ条件で更新され、以後も同様となります。

　　　契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することがで

　　きますが、仮にこのような事項に該当するにいたった場合には、当事業所との契約は終

　　了します。（契約書第２０条参照）

1. ご契約者が死亡した場合
2. 要介護認定により、ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
3. 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむをえない事由により事業所を閉鎖した場合。
4. 施設の損傷する等により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
5. 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
6. ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご覧ください）
7. 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご覧ください）
8. ご契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第２１条、第２２条参照）

　　　契約の有効期間中であっても、ご契約者から利用契約の全部又は一部を解約するこ

　　とができます。その場合には、契約終了を希望する日の７日前までに解約届をご提出

　　ください。

　　　但し、以下の場合には、即時に契約の全部又は一部を解約・解除することができま

　　す。

1. 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
2. 事業所の運営規定の変更に同意できない場合
3. ご契約者が入院された場合（一部解約はできません）
4. ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合（一部解約はできません）
5. 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
6. 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
7. 事業所もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、または著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合。
8. 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける具体的な恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合
9. 事業者からの契約解除の申し出（契約書第２３条参照）

　　　　以下の事項に該当する場合には、本契約の全部又は一部を解除させていただくこ

　　　とがあります。

なお、その場合は、１ヶ月以上の期間を置き、解除の理由を記載した文書で通知　　します。

1. ご契約者が契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意に

　これを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約が継続しがたい重大な事

　情が生じさせた場合。

1. ご契約者による、サービス利用料金の支払いが３ヶ月以上遅滞し、相当期間を定

　めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合

1. ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用サービス等の財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
2. ご契約者の行動が他の利用者もしくはサービス従事者の生命、身体、健康に重大な影響を及ぼす恐れがあったり、あるいは、ご契約者が重大な自傷行為（自殺にいたる恐れがあるような場合）を繰り返すなど、本契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合
3. 下記のような行為があり、ハラスメントに該当するとみなされる場合

■暴力又は乱暴な言動、無理な要求

・物を投げつける

・刃物を向ける、服を引きちぎる、手を払いのける

・怒鳴る、奇声、大声を発する

・対象範囲外のサービスの強要

■セクシュアルハラスメント

・介護従事者の体を触る、手を握る

・腕を引っ張り抱きしめる

・ヌード写真を見せる

・性的な話し卑猥な言動をする など

■その他

・介護従事者の自宅の住所や電話番号を聞く

・ストーカー行為 など

1. 契約の一部が解約または解除された場合（契約書第２４条参照）

　　　　本契約の一部が解約または解除された場合には、当該サービスに係るその条項は

　　　その効力を失います。

1. 契約の終了に伴う援助（契約書第２０条参照）

　　　　契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等

　　　を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

８．サービス提供における事業者の義務（契約書第１４条、第１５条参照）

 当事業所は、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、ご契約者の生命、身

 体、生活環境等の安全などに配慮するなど、契約書第14条、第15条に規定される義務

 を負います。当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のこ

 とを守ります。

1. ご契約者の生命、身体、財産の安全に配慮します。
2. ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場所には、主治医又は看護職員と連携の上、ご契約者から聴取、確認します。
3. 非常災害に関する具体的計画を策定するとともに、ご契約者に対して、避難、救出その他必要な訓練を行います。
4. ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、５年間保管するとともに、ご契約者の請求に応じて閲覧させ、複写物を交付します。

ただし、コピー代は有料となります。

1. ご契約者に対する身体的拘束その他行動の制限をする行為を行いません。

ただし、ご契約者または他の利用者等の生命、身体を保護するために緊急やむをえない場合には、記録を記載するなど、適正な手続きにより身体等の拘束をする場合があります。

1. ご契約者へのサービスの提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
2. 事業者及びサービス従事者または従業員は守秘義務があり、サービスを提供するにあたって、知り得たご契約者またはご家族等に関する事項については次のとおり取り扱います。

・正当な理由なく、第三者に漏洩しません。

・ご契約者に医療上の必要がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。

・契約者にかかわる他の居宅介護支援事業者等との連携を図るなど正当な理由がある場合には、その情報が用いられる者の同意を得た上で、ご契約者またはご家族等の個人情報を用いることができるものとします。

また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際、ご契約者の同意を得ます。

９．損害賠償について（契約書第１７条、第１８条参照）

　　　当事業所において、事業所の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は

　　すみやかにその損害を賠償します。守秘義務に違反した場合も同様とします。

　　　ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、

　　契約者の置かれた心身の状況をくみとり、相当と認められる場合には、事業者の損害賠

　　償責任を減じる場合があります。

１０．苦情の受付について（契約書第２６条参照）

1. 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は下記で受け付けています。

|  |  |
| --- | --- |
| **ホームヘルパー****ステーション** 担当：畑　久美 | 播磨町南大中1－8－41 播磨町福祉しあわせセンター内 電話番号 **０７９－４３５－５００８** F A X ０７９－４３６－５６１０　　Eメール　 helper@harima-wel.or.jp 受付時間　月～金曜日（祝日を除く）８：３０～１７：１５ |
| **社会福祉協議会**　 担当：井上　知之  | 播磨町南大中1－8－41 播磨町福祉しあわせセンター内 電話番号 **０７９－４３５－１７１２** F A X ０７９－４３６－５６１０　　Eメール　 info@harima-wel.or.jp 受付時間　月～金曜日（祝日を除く）８：３０～１７：１５ |

（２）行政機関その他の苦情受付機関

 当事業所窓口以外でも、ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受付けて

 います。

|  |  |
| --- | --- |
| **播磨町****保険課****介護保険係** | 加古郡播磨町東本荘1丁目５－３０電話番号 （代表）０７９－４３５－０３５５ （直通）０７９－４３５－２５８２F A X （代表）０７９－４３５－３３９８受付時間 午前8時30分～17時15分　月～金曜日　 |
| **兵庫県国民健康保険****団体連合会** | 神戸市中央区三宮町1丁目９－１－１８０１電話番号 ０７８－３３２－５６１７F A X ０７８－３３２－５６５０ 受付時間 午前9時～17時15分　月～金曜日 |
| **兵庫県東播磨県民局****加古川健康福祉事務所****監査・地域福祉課** | 加古川市加古川町寺家町天神木９７－１電話番号 （直通）０７９－４２１－９１０８ＦＡＸ　 （代表）０７９－４２２－７５８９受付時間 午前8時30分～午後5時15分月～金曜日　※土・日・祝日は除く　 |

 令和 年 月 日

指定訪問介護サービスまたは指定介護予防型訪問介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、お客様にその内容を文書にて通知し、口頭にてご説明します。

 事 業 者 社会福祉法人 播磨町社会福祉協議会

 説明者職名 訪　問　介　護　員

 氏 名 　　　　　　 　　 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスまたは指定介護予防型訪問サービスの提供開始に同意しました。

 契 約 者(利用者)

 住 所

 氏 名 印

私は、契約者が事業者から重要事項の説明を受け、指定訪問介護サービスまたは指定介護予防訪問介護型サービスの提供開始に同意したことを確認しましたので、私が契約者に代わって署名を代行します。

 署名代行者

 住 所

 氏 名 印

 （契約者との関係 ）

 立 会 人

 住 所

 氏 名 印

 （契約者との関係 ）

この重要事項説明書は、厚生省令第３７号（平成１１年３月３１日）第８条の規定に基づき、利用申込者またはその家族への重要事項説明のために作成したものです。