播磨町社会福祉協議会　居宅介護支援事業所

**重　要　事　項　説　明　書**

あなた（あなたの家族）が利用される居宅介護支援業務について、契約締結前に重要事項

を説明いたします。わからない点があれば、ご質問下さい。

**１．当事業所が提供するサービスについての相談窓口について**

電話 **０７９－４３５－５００８** ／ＦＡＸ 　０７９－４３５－５２１８

|  |  |
| --- | --- |
| 営 業 日 | 月曜日から土曜日  （国民の祝日・12月29日～1月3日を除く） |
| 営業時間 | 午前８時４５分から午後５時２０分 |
| 担 　当 | **ふくしま　じゅん　　おおはし　みえこ よしはら　あけみ**  **福　島 　潤 ・ 大橋 美恵子 ・ 吉 原 明 美**  **まさき みゆき**  **昌木 みゆき** |

【営業日・営業時間以外の連絡先】

　　上記以外の時間においても、２４時間体制にて電話連絡を受け、対応をいたします。

ただし、緊急性のない相談内容の場合においては、翌営業日の対応となります。

**２．当事業所の法人概要について**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人格・名 称 | 社会福祉法人 播磨町社会福祉協議会 |
| 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 |
| 連絡先 | TEL　０７９－４３５－１７１２  FAX　０７９－４３６－５６１０  E-Mail　info@harima-wel.or.jp |
| 代表者（役職・氏名） | 会長　近　藤　龍　樹 |
| 設立年月日 | 昭和４２年1月 設立 |
| 事業内容 | 訪問介護事業（ホームヘルプサービス）・通所介護事業（デイサービス）・給食サービス・移送事業・介護機器の貸出・斡旋・ボランティアセンター　等 |

**３．居宅介護支援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 | 播磨町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 |
| 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 |
| 連絡先 | TEL　０７９－４３５－５００８  FAX　０７９－４３５－５２１８  E-Mail kyotaku@harima-wel.or.jp |
| 事業所の指定番号 | 播磨町指定 指定事業者番号　２８７２８０００７９  　　　　　　指定年月日　　　平成１２年４月１日  　　　　　　更新年月日　　　令和　２年４月１日 |
| 事業開始時期 | 平成１２年４月 |
| サービスを提供する実施地域 | 播磨町   * 上記地域内での交通費はサービス利用料金に含まれています。 * 播磨町以外でも、ご希望があればご相談下さい。なお、この場合、訪問に際し交通費をいただきます。 |

（２）事業の目的および運営の方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | 利用者からの相談に応じ、利用者や家族の意向等をもとに、居宅または施設サービスを適切に利用できるよう、サービスの種類・内容等の計画を作成し、サービスの提供が確保されるよう居宅サービス事業者・介護保険施設等との連絡調整を図ることを目的とします。 |
| 事業の方針 | 1. 利用者が要介護状態となった場合においても、可能な限り自宅で、自立した日常生活を営むことが出来るよう配慮します。 2. 利用者の選択に基づき、保健・医療・福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。 3. 利用者の意志および人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、公平中立にケアマネジメントを行います。 4. 事業の運営にあたっては、播磨町をはじめ、関係機関との連携に努めます。 |

**４．当事業所の従業員について**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所の管理者 | 福　島　　　潤 | | | |
| 職　　種 | 氏 名 | 業務内容 | 勤務体制 | 備 考 |
| 介護支援専門員 | ふくしま　じゅん  **福島　潤** | * 要介護者等からの相談に応じ、居宅サービス計画の作成 * 居宅サービス計画に   基づく居宅サービス・介護保険施設との連絡調整 | 常勤 | 社会福祉士の資格を所持 |
| 介護支援専門員 | おおはし　みえこ  **大橋美恵子** | 常勤 | 介護福祉士の資格を所持 |
| 介護支援専門員 | よしはら　あけみ  **吉原明美** | 常勤 | 看護師の資格を所持 |
| 介護支援専門員 | まさき　みゆき  **昌木みゆき** | 常勤 | 介護福祉士の資格を所持 |

**５．提供するサービスの内容と料金について**

1. サービス内容

重要事項説明書別紙①「居宅介護支援事業所の流れ」参照

1. 料金

【厚生労働大臣の定める基準額】

要介護１・２　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１０，９８５円（１，０７６単位）

要介護３・４・５　　　　　　　　　　　　　　　　　１４，２７３円（１，３９８単位）

特定事業所加算Ⅱ　　　　　　　　　　　　　　　　　 ４，１５５円（　４０７単位）

　上記の基準額及び特定事業所加算Ⅱの合計額以外にも重要事項説明書別紙②「居宅介護支援事業　料金の体系」を算定させていただく場合がございます。

注１）**介護保険が適用される場合は、上記の料金及び別紙②の加算料金は、直接介護保険から事業所に給付されますので、お客様のご負担はありません。**

1. ただし、利用者に保険料の滞納がある場合は、利用者より全額料金をいただき、当事業所が発行する証明書をもって後日払い戻しとなる場合があります。
2. 滞納の期間によっては、お客様のご負担となる場合もあります。

**６．その他の費用について**

|  |  |
| --- | --- |
| 交通費 | 当事業所の通常の事業実施地域以外では、訪問するのに要した交通費は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５００円以内とします。 |
| 解約料 | 契約書の第３条３項に規定されている解約の申出により契約を終了する場合は、無料です。 |
| 暫定居宅サービス計画作成費（自立認定時） | 要介護認定等の前に居宅介護支援サービスが提供され、認定後利用者が自立と認定された場合、居宅サービス計画作成に伴う実費として３,０００円をいただきます。 |
| 複写物の交付 | １枚につき１０円。そのつどお支払い下さい。  **〔記録の写しの交付です。〕** |
| サービス実施のためにお客様のお宅で使用する物品等 | やむを得ずお宅の物品等を使用した場合、お客様の負担となります。 |

**７．料金の支払い時期と支払方法について**

|  |  |
| --- | --- |
| 利用料、その他の費用の請求 | ①利用料、その他の費用は、利用者負担がある場合に、利用の月ごとにその合計金額を請求いたします。  ②請求書は、利用明細を添えて、利用のあった月の翌月１０日までに利用者宛に請求いたします。 |
| 利用料、その他の費用の支払い | 1. 請求書を受け取られましたら、お渡しする利用者控えと内容を照合の上、請求翌月の１０日までに、下記のいずれかの方法を選択した上でお支払い下さい。   **□事業者指定口座への振込み**  金融機関　**兵庫南農協　播磨支店**  普通口座　**３４５４３８０**  口座名義　**播磨町社会福祉協議会**  **居宅介護支援事業所**  **□現金支払い**  ②お支払いを確認しましたら領収書をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。 |

**８．介護支援の担当者（介護支援専門員）について**

（１）介護支援専門員のお客様宅への訪問頻度の目安について

当事業所の介護支援専門員が、利用者の状況を把握するために、おおむね月に1回、自宅を訪問します。 また、利用者からご依頼がある場合や、居宅介護支援業務の遂行のうえで不可欠であると認められる場合は、介護支援専門員は利用者宅を訪問します。

（２）介護支援専門員の変更

1. 担当の介護支援専門員の変更を希望される場合は、相談窓口の担当者までご連絡

下さい。

1. 事業者側の都合により、介護支援専門員を交代させる場合は、交代の理由を明らかにし交代後の介護支援専門員の氏名を契約書別紙により利用者に通知します。

（３）身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証明書を携行し、初回訪問時およびお客様またはその家族から求められた時は、いつでも身分証を提示いたします。

1. **事業者の責務について**

（１）居宅サービス事業所の選定にあたっての説明について

利用者意思に基づいたケアプランとするために、利用者やその家族は介護支援専門員に対し、居宅サービス事業所の選定にあたって、複数の事業所の紹介を求めることやケアプランに居宅サービス事業所を位置づけた理由を求めることが出来ます。

（２）居宅介護支援の提供内容の記録について

利用者に提供したサービス提供の記録は、利用者の要介護認定等の満了日から５年間保管します。記録については、利用者とそのご家族に限り、閲覧及び写しの交付が可能です。

（３）医療機関との連携について

利用者が医療系サービスを希望された場合には、利用者の同意の上、主治の医師等の意見を求め、意見を求めた主治の医師等にもケアプランを交付します。また、介護支援専門員の訪問や居宅サービス事業所等からの報告等により、利用者の口腔状況や服薬状況、その他利用者の心身又は生活の状況に係る必要な情報についても、利用者の同意の上、主治の医師、歯科医師、薬剤師等へ情報提供します。また、利用者が病院や診療所等に入院する必要が生じた場合に，担当の介護支援専門員の氏名及び連絡先を伝えていただき、事業所にもご連絡いただけるように依頼します。

1. 障害福祉サービスなどの関係機関との連携について

　障害福祉サービスを利用していた利用者が介護保険サービスを利用する場合においても相談支援事業者等との連携に努めるなど、関係機関との連携に努めます。

（５）秘密保持と個人情報（プライバシー）の保護について

当事業所及び従業員がサービスを提供する際に、利用者や家族に関して知り得た情報については、「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「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ダンス」を遵守し、契約期間中はもとより契約終了後も正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、円滑かつ一体的なサービス提供をするために、サービス担当者会議等で、利用者もしくは家族の情報を使用します。この場合には、あらかじめ利用者もしくは家族に説明し同意を得たうえで使用します。その際、同意書に署名をいただきます。

なお、利用者の家族からの希望があった場合には、利用者に連絡するのと同様の通知を家族にも行なう場合があります。

（６）賠償責任について

1. 当事業所の責任において、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合は、事業所は利用者にその損害を賠償いたします。
2. 当事業所は兵庫県社会福祉協議会の「ひょうご福祉サービス総合補償制度」に加入しています。内容詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所管理者までご連絡下さい。

**１０．契約の解約について**

（１）利用者からの契約解約について

1. 利用者は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の7日

前までに事業所に届け出ることによって、この契約を解約することができます。この

場合の**解約料は無料**です。

1. 次の場合は、利用者は事業者に申し出を行なうことによって、「契約解約申出書」を提

出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。この場合も**解約料**

**は無料**です。

1. 事業者が正当な理由なしに居宅介護支援の提供を行なわない場合
2. 事業者が守秘義務に反した場合
3. 事業者が利用者やその家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行なった場合
4. 事業者が破産、その他事業者がこの契約に定める居宅介護支援の提供を正常に行ない得ない状況に陥った場合
5. 利用者の緊急入院等、やむを得ない場合
6. ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は、解約料を３，０００円支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

（２）事業者からの契約解約について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して契約終了日の**1ヵ月前**までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解約することができます。この場合、当事業所は利用者からの求めがあるときは、利用者が指定する他の居宅介護支援事業所に情報をお伝えするなど、利用者が続けて滞りなく介護保険を利用してサービスを受けることができるように支援します。

ただし、つぎの場合には、1ヶ月以上の事前申し出期間なしに、この契約を解約する

ことができます。

1. 利用者がこの契約に定める利用料金等の支払いを３ヶ月以上滞納し、文書による支

払い催促を行ったにもかかわらず、催促の日から１４日以内にその支払いがなかった場合

1. 利用者もしくはその家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により円滑なサービスが提供できなくなる場合（この場合は解約する理由を示した文書を利用者にお渡しします。）
2. 利用者もしくはその家族により、職員に対して暴言・暴力・ハラスメント行為があ

　　った場合（この場合は解約する理由を示した文書を利用者にお渡しします。）

**１１．契約の終了**

つぎの場合には、自動的に契約は終了します。

1. 利用者が介護保険施設等に入所した場合

２．利用者の要介護認定区分が、非該当もしくは要支援と認定された場合

３．利用者が当事業所のサービス提供実施地域外に転居された場合

４．利用者がお亡くなりになった場合

**１２．緊急時の対応**

利用者に緊急の事態が発生した場合、利用者のご家族や主治医にご連絡するとともに、必要な対応を行ないます。その際、予め指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| 緊急連絡先（ご家族）   * 署名代行者や立会人となる家族以外に連絡が必要となる場合は、   こちらに記入下さい。 | 1. 氏 名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）   住 所  連絡先　　　 －　 　 －   1. 氏　名　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）   　 住　所  連絡先　　 　 －　　 － |
| 医療機関等 | 医療機関の名称：  医療機関の住所：  主治医の氏名：  連　絡　先　： |

**１３．虐待防止について**

　利用者の人権の擁護・虐待防止等のために次に掲げる措置を講じます。

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 | 管理者　・　福島　潤 |

1. 利用者及び事業所等からの連絡・通報を受けた際に、適切に対応するための体制整備を行います。
2. 職員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
3. 成年後見制度の利用を支援します。
4. 播磨町役場、播磨町地域包括支援センター、警察等との虐待等における通報先との

連携・協力に努めます。

**１４．暴言・暴力・ハラスメントについて**

　暴言・暴力・ハラスメントに対するために次に掲げる措置を講じます。

1. 暴言・暴力・ハラスメントに対する組織・地域での適切な対応を図るとともに、法人内に責任者を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| ハラスメントに関する法人責任者 | 事務局長　　井上　知之 |

1. 職員に対する暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。
2. 暴言・暴力・ハラスメント行為が利用者やその家族から、職員に対してあった場合には

解約するだけでなく、法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

【具体的な暴言・暴力・ハラスメントの例】

暴力又は乱暴な言動　・殴る　・蹴る　・物を投げつける　・刃物を向ける

　　　　　　　　　　・怒鳴る　・奇声や大声を発する　など

ハラスメント行為　　・不必要に体を触る　手を握る　・腕を引っ張り抱きしめる

　　　　　　　　　　・卑猥な画像や動画を繰り返し見せる　など

その他　　　　　　　・職員や他者の個人情報を求める　・ストーカー行為　など

**１５．例外的な事項について**

　この重要事項説明書及び介護保険等の関係法令で定められていない事項については、関係法令の趣旨を尊重して、利用者と事業所の協議により定めさせていただきます。

**１６．相談・苦情窓口**

つぎのことについて、ご相談や苦情などがございましたら、当事業所の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

①当事業所が提供するサービスについて

②居宅サービス計画にもとづいて提供している各サービスについて

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護支援事業所  担当：福島　潤 | 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  FAX番号　 ０７９－４３５－５２１８  E-Mail　　　kyotaku@harima-wel.or.jp  受付時間　　８：４５～１７：２０　　月曜日～金曜日 |
| 播磨町社会福祉協議会  　　担当：藤田　悦孝 | 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  FAX番号　 ０７９－４３６－５６１０  E-Mail　　　info@harima-wel.or.jp  受付時間　　８：３０～１７：１５　　月曜日～金曜日 |

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１－５－３０  電話番号　０７９－４３５－０３５５（代表）  　　　　　０７９－４３５－２５８２（直通）  FAX番号 ０７９－４３５－０７６６  受付時間 ８：３０～１７：１５ 月曜日～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号  電話番号 （０７８）－３３２－５６１７  受付時間 ８：４５～１７：１５ 月曜日～金曜日 |

**１７．重要事項を説明した年月日**

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明場所・年月日 |  |
| 令和 年 月 日 |

居宅介護支援の提供開始にあたり、本書面にもとづいて重要な事項を説明しました。

なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、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 　介護支援専門員

氏 名 　　　　　　　　 印

私は、本書面により事業者から重要な事項の説明を受け、居宅介護支援の提供開始に

同意しました。

（利用者）

住　所

氏　名 印

連絡先

(署名代行者)

住　所

氏　名 印

連絡先

（利用者との続柄： ）

（立会人）

住　所

氏　名　 印

連絡先

（利用者との続柄： ）