

重要事項説明

厚生省令第38号第4条第1項の規定に基づき、当事業者の居宅介護支援の提供に関し、あなたに説明すべき重要事項は、つぎのとおりです。

1 事業者の概要

(1) 名称等

名称	やすらぎ指定居宅介護支援センター
所在地	〒430-0851 浜松市中央区向宿一丁目 21-16
電話番号	053-467-0922
法人種別及び名称	株式会社YAMAMOTO
代表者職	代表取締役
代表者氏名	山本 敬亮
管理者氏名	馬淵志津子
介護保険事業所番号	2277204018
指定年月日	平成27年9月1日
交通の便	浜松修学舎高校前より徒歩1分
サービスを提供する 通常の実施地域	浜松市(中央区) 通常の実施地域以外は要相談

(2) 職員概要

職種	職員数	勤務形態	保有資格の内容
管理者 主任介護支援専門員	1人	常勤専従 1人	看護師
介護支援専門員	1人	常勤専従 1人	介護福祉士
介護支援専門員	1人	常勤専従 1人	介護福祉士
介護支援専門員	1人	非常勤 1人	鍼灸師

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日 (但し、祝日、GW、年末年始を除く)
営業時間	午前9時～午後5時

2 居宅介護支援の概要

(1) 居宅介護支援等の内容

項 目	内 容・方 法 等
要介護認定等の申請代行	要介護申請がまだお済みでない方には、ご希望により申請手続きの代行を行います。
居宅サービス計画の作成	利用者が居宅サービスを適切に利用できるよう、利用者の心身の状況、その置かれている環境、利用者及びその家族の希望を考慮して作成いたします。
居宅サービス計画作成後の管理 (居宅サービス計画の変更等)	居宅サービス計画作成後も、必要に応じて居宅サービス計画の変更を行います。
サービス事業者等との連絡調整	居宅サービス計画作成後も、どのようにサービスが行われているか把握し、サービス事業者との連絡調整を行います。
介護保険施設への紹介	居宅における日常生活が困難になった場合や、介護保健施設への入所をご希望される場合には、その紹介や便宜の提供を行います。

(2) 居宅介護支援の利用に当たって

項 目	内 容
1 ケアマネジメントの公正中立の確保	利用者の意志に基づいた契約を確保するため、利用者やその家族に対して、利用者はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求める事が可能であることや当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求める事が可能です。
2 サービス提供困難時の対応	利用者に対し、他の指定居宅介護支援事業者の紹介やその他の必要な措置を講じます。
3 サービスの質の向上のための方策	社内及びその他外部の研修会に出席して、サービスの質の向上に努めます。
4 介護支援専門員を変更する場合の対応	予め利用者と連絡を取り、サービス提供に支障の無いよう、責任を持って変更いたします。
5 プライバシーの遵守	業務上知り得た利用者又はその家族の個人情報については守秘いたします。利用者及びその家族には、サービス担当者会議等において、その個人情報を利用することを文書により同意を得ます。
6 事故発生時の対応	当事業者が利用者に対して行う指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、市町村等に連絡を行うと共に、必要な措置を講じます。又、当事業者が利用者に対して行った指定居宅介護支援の提供等により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。
7 医療機関等との連携	利用者が医療系のサービスを希望している場合等は利用者の同意を得た上で主治医等の意見を求め、この意見を求めた医師等に対してケアプランを交付します。介護サービス事業所等から伝達された、若しくは担当職員が把握した利用者の服薬状況、口腔機能、その他の心身又は生活の状況に関する情報のうち、担当職員が必要と認めたものを主治医や歯科医師、薬剤師に対し情報の伝達をします。利用者が入院した場合、担当職員の氏名、連絡先等を入院先の医療機関に提供するように依頼をします。
8 連携	行政(県・市町村)、高齢者相談センター、他の指定居宅介護支援事業所、介護保険等の連携に努めます。 障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合、特定相談支援事業者との連携に努めます。
9 介護支援専門員の緊急時の対応	介護支援専門員はそれぞれに携帯電話を持参しています。緊急時等の対応に際し、休日、夜間時に連絡が取れる体制を整えています。

(2)-1 前6ヶ月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与(以下、訪問介護等という)の各サービスの利用割合及び前6ヶ月間に作成したケアプランにおける訪問介護等の各サービスごとの同一事業者によって提供されたものの割合は別紙にて説明を行います。

3 利用料金

(1) 利用料金

原則としてあなたには利用料を請求しません。
ただし、あなたの被保険者証に支払方法変更の記載(あなたが保険料を滞納しているため、サービスを償還払いとする旨の記載)があったときは、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただきます。

この場合、当事業者でサービス提供証明書を発行しますので、この証明書を後日、市町村の窓口へ提出して、払い戻しを受けてください。

要介護度	利用料
要介護度1～2	1,086単位/月
要介護度3～5	1,411単位/月

加算対象の方

初回加算	300単位/月
退院・退所加算Ⅰ～Ⅲ	450～900単位/回
入院時情報連携加算Ⅰ	250単位/月
入院時情報連携加算Ⅱ	200単位/月
ターミナルケアマネジメント加算	400単位/月
緊急時等居宅カンファレンス加算	200単位/月2回限度
通院時情報連携加算	50単位/月
特定事業所加算Ⅲ	323単位/月

※地域区分単価 1単位10.21円 1単位10.21円を乗じた金額が利用料となります。

(2) 交通費

サービスを提供する通常の実施地域にお住まいの方	無料
通常の実施地域以外	交通費 (介護支援専門員があなたのお宅を訪問するための交通費実費が必要となります。) 1kmあたり片道200円

(3) その他費用(要介護認定申請代行費等)

必要に応じて

(4) 支払方法

あなたが当事業者に料金を支払うこととなる場合の支払方法については、月ごとの精算とします。毎月10日までに前月分の請求をしますので、30日以内にお支払いください。
お支払方法は、銀行振込、現金払のどちらかをご契約の際に選択してください。

4 サービスの終了について

(1) あなたのご都合でサービスを終了する場合

あなたはいつでも契約を解約できますが、次の場合は、解約料をいただきます。

ア 契約後、介護サービス計画作成段階途中であなたの申し出により解約した場合	要介護度1～2 11,088円
	要介護度3～5 14,406円
イ 市町村への介護サービス計画の届出終了後に解約した場合	解約料はかかりません。
ウ その他解約により当事業者に不測の損害を生じさせる場合	アに準じた解約料

この他、当事業者は、あなたがこの契約を継続し難いほどの背信行為を行ったと認めるときは、直ちにこの契約を解約することができます。

(2) 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等、止むを得ない事情によりこのサービスの提供を終了させていただく場合がございます。この場合は、サービスの提供終了1ヶ月前までに文書であなたに通知するとともに、他の指定居宅介護支援事業者等に関する情報をあなたに提供いたします。

(3) 自動終了

次の場合には、自動的にサービスを終了します。

ア あなたが介護保険施設に入院又は入所した場合

イ あなたの要介護認定区分が非該当(自立)と認定された場合

ウ あなたが死亡した場合

5 居宅介護支援に対する苦情

当事業者の居宅介護支援及び当事業者が作成した介護サービス計画に基づいて提供しているサービスについての苦情相談を承ります。サービスの内容に関する事、介護支援専門員に関する事、利用料金に関する事など、お気軽にご相談ください。居宅介護支援についての苦情は、利用者や居宅サービス事業者から事情を聞き、問題点を把握の上、速やかに対応策をとります。

担 当	馬淵志津子
事業所	やすらぎ居宅介護支援センター
電 話	053-467-0922
ご利用時間	午前9時～午後5時

この他、市町村や県に苦情を申し立てる事ができます。

市町村	中央区 長寿支援課 : 053-457-2324
	東行政センター : 053-424-0184
	南行政センター : 053-425-1572
	西行政センター : 053-597-1119
	北行政センター : 053-523-1144
	浜名区 長寿保険課 : 053-585-1122
天竜区 長寿保険課 : 053-922-0065	
静岡県	静岡県国民健康保険団体連合会 : 054-253-5590

6 事故発生時の対応

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合には、速やかに、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、又、その原因を解明し、再発を防ぐための対策を講じます。

7 秘密の保持

支援事業者及び、介護支援専門員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持する義務を負います。介護支援専門員でなくなった後においても、同様とする。

令和 年 月 日

事業者

居宅介護支援の提供に当たり、この説明書に基づいて重要事項を説明しました。

所在地 浜松市中央区向宿一丁目 21-16

名称 やすらぎ指定居宅介護支援センター

説明者 印

利用者

この説明書により、居宅介護支援に関する重要事項の説明を受けました。

住所

氏名 印

家族の代表（続柄 ）

住所
