

「居宅介護支援」重要事項説明書

1 事業者の概要

(1) 名称等

名称	中銀インテグレーション株式会社
所在地	郵便番号 104-0061 東京都中央区銀座8-16-10
電話番号	電話03-3248-1228 FAX 03-3545-9217
法人種別及び名称	中銀インテグレーション株式会社
代表者職	代表取締役
代表者氏名	渡辺 蔵人
事業所の名称	ライブリーケア中銀熱海
事業所の所在地	静岡県熱海市田原本町9-1 第一ビル5F
電話及びFAX 番号	電話0557-86-0118 FAX 0557-86-2398
管理者氏名	菊地 弥生
介護保険事業所番号	2270500404
指定年月日	平成18年4月1日
交通の便	JR熱海駅より徒歩1分
サービスを提供する 通常の実施地域	熱海市及び湯河原町

(2) 職員の概要

(平成28年 4月 1日現在)

職種	職員数	勤務形態	保有資格の内容
管理者	1人	常勤 兼務 1人	
主任介護支援専門員	1人	常勤 兼務 1人	
介護支援専門員	5人	常勤 専従 5人 常勤 兼務 非常勤専従 非常勤兼務	

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日。必要に応じ営業日以外も相談対応。
営業時間	午前8時30分～午後5時30分まで 必要に応じ営業時間外も相談対応。

2 居宅介護支援の概要

(1) 居宅介護支援の内容

項目	内容、方法等
要介護認定等の申請代行	利用者の要介護認定申請、認定更新申請等について、利用者が希望するときは、当該申請を代行して行います。この際、申請代行費用として、関わる交通費実費分を徴収致します。
居宅サービス計画の作成	サービス計画原案の作成提示、本人・家族等の意見・同意を得て、本計画を作成し、利用票として交付し確認を受けます。
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)	計画の実施状況の把握に努め、必要に応じサービス計画の変更、サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
サービス事業者等との連絡調整	同上
介護保険施設への紹介	利用者がその居宅における日常生活が困難になったと認める場合、又は、利用者が介護保険施設への入院又は入所を希望する場合には、介護保険施設への紹介その他の便宜の提供を行います。
その他	

(2) 居宅介護支援の利用にあたって

項目	内容
サービス提供困難時の対応	熱海市を実施地域とするサービス提供者とのネットワークを構成し他事業者の紹介等、利用者の希望に努めて対応します。
サービスの質の向上のための方策	苦情処理事案のサービス業者への指導の徹底、利用者からの要望事項のサービス業者への伝達及び研修会の実施等により関わるサービスの向上に努めます。
介護支援専門員を変更する場合の 対策	利用者への事前了解の процедуруととも、ケアプラン作成業務の継続特に介護方針の継続に努めます。
プライバシーの遵守	「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第23条を遵守します。
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、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。この際、この事故が賠償すべき事故の場合は、損害賠償を速やかに行います。
その他	

3 利用料金

(1) 利用料

原則として、あなたには利用料を請求しません。

但し、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、該当市町村の窓口へ提出して、払い戻しを受けてください。

居宅介護支援を提供した場合の利用料の額

居宅介護支援費（1月につき）	(1)居宅介護支援費（Ⅰ）	
	（一）要介護1 又は要介護2	10420 円
	（二）要介護3、要介護4 又は要介護5	13530 円
	(2)居宅介護支援費（Ⅱ）	
	（一）要介護1 又は要介護2	5210 円
	（二）要介護3、要介護4 又は要介護5	6770 円
	(3)居宅介護支援費（Ⅲ）	
	（一）要介護1 又は要介護2	3130 円
	（二）要介護3、要介護4 又は要介護5	4060 円
細部は「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」による。		

以下の要件を満たす場合、上記の利用料に以下の料金が加算されます。

初回加算	新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対して指定居宅支援を提供した場合（1月につき）	3000 円
入院時情報連携加算Ⅰ	入院に当たって病院等に訪問し病院等職員に必要な情報提供をした場合	2000 円
入院時情報連携加算Ⅱ	入院に当たって病院等に訪問する以外の方法で病院等職員に必要な情報提供をした場合	1000 円

退院・退所加算	入院等の期間中に病院等の職員と面談を行ない 居宅サービス計画の作成をした場合 (入院・入所期間中3回を限度)	3000円
緊急時等居宅 カンファレンス 加算	病院等の求めにより、病院等の職員と居宅を訪問し カンファレンスを行ないサービス等の利用調整した 場合 (1月に2回を限度)	2000円
特定事業所加算 Ⅱ	主任介護支援専門員を1名以上配置し、質の高い ケアマネジメントを実施できる体制を整える等、 一定の要件の一部を満たした場合	4000円

(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
上記以外にお住まいの方	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実施 地域を越えたところからの交通費実費が必要となります。)

(3) 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、月毎の精算とします。毎月10日までに前月分の請求をしますので、当月月末までにお支払い下さい。

お支払方法は、銀行振込、銀行等口座引き落としの2通りの中から、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、次の場合には、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	居宅介護支援を提供した場合の利用料の額
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	ア項に準じた解約料

この他、当事業者は、あなたがこの契約を継続しがた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出来ます。

(2) 当事業者の都合でサービスを終了する場合

人員不足等や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 あなたが亡くなった場合

5 居宅介護支援に対する苦情

当事業所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、お気軽に御相談下さい。

苦情相談窓口 担当 : ライブリーケア中銀熱海 管理者 菊地弥生
電話番号 : 0557-86-0118
FAX 番号 : 0557-86-2398

受付日及び時間

毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分としますが
お急ぎの場合は、上記曜日・時間外も、いつでも電話で承ります。

この他、市町村や国民健康保険団体連合会窓口で苦情を申し立てる事ができます。

※熱海市にお住まいの方

熱海市役所 健康福祉部長寿介護課介護保険室

苦情相談窓口 所在地 : 熱海市中央町1-1本庁舎1階

電話番号 : 0557-86-6282

FAX番号 : 0557-86-7321

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

静岡県国民健康保険団体連合会 介護保険課

苦情相談窓口 所在地 : 静岡市葵区春日2丁目4-34

電話番号 : 054-253-5590

FAX番号 : 054-253-5589

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前9時00分～午後5時00分

※湯河原町にお住まいの方

湯河原町役場 福祉部介護課

苦情相談窓口 所在地 : 湯河原町中央2-2-1

電話番号 : 0465-63-2111

FAX番号 : 0465-63-4194

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険苦情相談課

苦情相談窓口 所在地 : 横浜市西区楠町27-1

電話番号 : 045-239-3447

FAX番号 : 0570-033110

受付日及び時間 毎週月曜日～金曜日（祝祭日を除く）の午前8時30分～午後5時30分

平成 年 月 日

(事業者)

居宅介護支援の提供にあたり、この説明書に基づいて重要事項を説明し同意を得て交付を致しました。

名称 中銀インテグレーション株式会社

所在地 東京都中央区銀座8-16-10

(事業所)

名称 ライブリーケア中銀熱海

所在地 静岡県熱海市田原本町9-1 第一ビル5F

説明者 _____ 印

(利用者)

この説明書により、居宅介護に関する重要事項の説明を受けその内容に同意し交付を受けました。

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人)

住所 _____

氏名 _____ 印