

重要事項説明書

1 ウイング鎌ヶ谷の概要

(1) 概 要

法人及び代表者	株式会社ウイング 代表取締役 池田 恵子
事業所名	ウイング鎌ヶ谷
所在地	千葉県鎌ヶ谷市鎌ヶ谷 1 丁目 5 番 33 号
管理者名	野澤 雄一郎
電話番号 (緊急時の連絡先)	電話番号 047-446-7095 緊急時の連絡先 080-4053-2320
F A X 番号	047-446-5094
事業所番号	1272900034
サービス提供地域	鎌ヶ谷市、船橋市、松戸市、市川市

(2) 当事業所の職員体制

職 名	資格等	常勤	非常勤	兼務の別	合計
従業者数総数	—	2 名以上	名	—	2 名以上
管理者	主任介護支援専門員	1 名以上	名	有・なし	1 名以上
従業者	介護支援専門員	1 名以上	名	有・なし	1 名以上
	事務職			有・なし	

(3) 営業日及び営業時間

平日	午前 9 時～午後 6 時
休業日	土曜日、日曜日、祝日、12 月 31 日～1 月 3 日

2 当事業所の方針・特徴等

- 当事業所の介護支援専門員等は介護保険制度の主旨に沿い、お客様の心身の状況・環境に応じて、そのお客様が可能な限りその居宅において、能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、お客様の立場にたって援助を行います。
- 居宅介護支援の実施にあたっては、お客様、ご家族様の意思及び人権・尊厳を尊重します。お客様の選択に基づき、中立公正な立場で、適切な保健・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に努めます。また、関係の市区町村、医療機関、介護・福祉関係機関との連携をはかります。

3 居宅支援の実施要領

- ① お客様及びご家族様と面談して情報を収集し、解決すべき課題を把握します。
- ② 指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を提供し、お客様にサービスを選択していただきます。

お客様及びご家族様は居宅サービスに位置付けるサービス事業所について複数の事業所の紹介を求めることが可能であり、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることが可能です。

またケアマネジメントの公正中立を図る観点から、前6か月間に作成したケアプランにおける訪問介護、通所介護、福祉用具貸与の各サービスの利用割合と同一事業者によって提供されたものの割合を、お客様に説明を行うとともに介護サービス情報公開制度で公表します。

- ③ 提供されるサービスの目標、その達成時期を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。
- ④ 指定居宅サービス等について保険給付の対象となるか否かを区分したうえで、サービスの種類、内容、利用料等について説明し、お客様から書面による同意を受けます。
- ⑤ その他居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。
- ⑥ お客様およびそのご家族と毎月連絡を取り、経過の把握に努めます。
- ⑦ 居宅サービス計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう指定居宅サービス事業者との連絡調整を行います。事業者の選定に当たっては中立公平に行います。
- ⑧ お客様の状態について定期的に再評価を行い、状態の変化に応じて居宅サービス計画変更等、必要な対応をします。
- ⑨ お客様が介護保険指定施設入所を希望された場合、お客様に介護保険施設の紹介その他の支援をいたします。
- ⑩ お客様が居宅サービス計画の変更を希望した場合、または事業者が居宅サービス計画の変更が必要と判断した場合は、事業者とお客様双方の合意をもって居宅サービス計画の変更をいたします。

＊後掲「サービスの流れ」をご参照ください。

4. サービス利用料金

(1) 利用料

要介護認定をうけられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。

＊保険料の滞納等により保険給付金が直接事業者を支払われない場合は、厚生大臣の定める介護報酬告示上の金額を頂戴します。その場合、サービス提供証明書を発行いたしますので、サービス提供証明書を後日市区町村の窓口を提供しますと差額の払い戻しを受けることができます。

(2) 交通費

1の(1)にあるサービス提供地域にお住まいの方は無料となります。それ以外の地域の方は実費がかかります。実費とは、本事業所とお客様宅までの標準的な訪問経路の区間で、サービス提供区間での公共交通機関利用実費となります。

(3) その他の料金

要介護認定に伴う申請代行業務にかかる下記の実費については、お客様の負担とさせていただきます。

- ・申請代行時の書類作成に伴う公的機関からの証明書等の取得にかかる費用
- ・かかりつけ医から診断書等を取得する費用

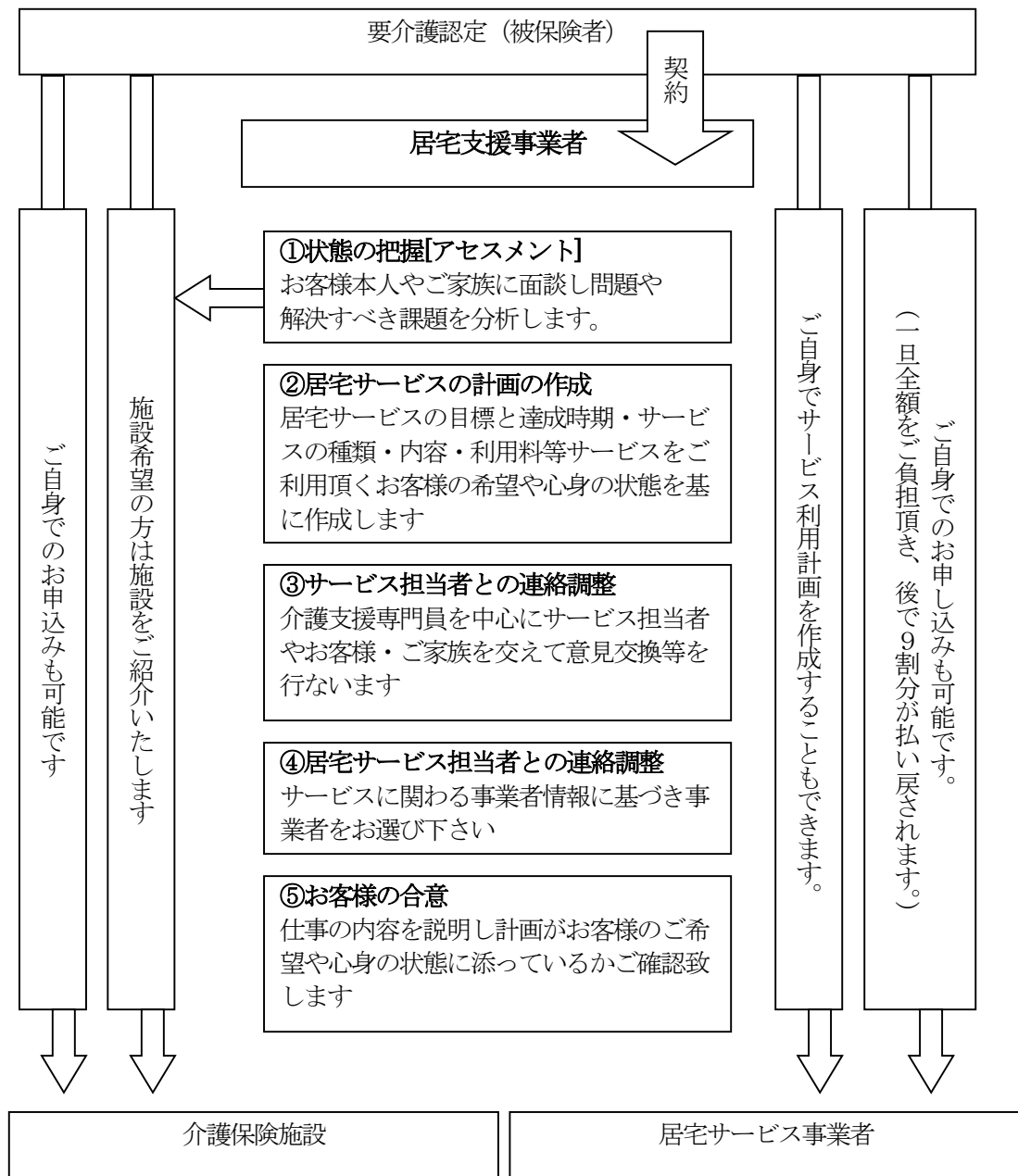
(4) 解約料

契約後、居宅サービス計画の作成段階において、お客様のご都合により解約した場合であっても、解約料は発生しません。

(5) お支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、本事業所が定める期日までにお支払ください。お支払いいただきますと領収書を発行します。お支払方法は、郵便払込・現金払いをお選びください。

<サービスの流れ>



一割または二割または三割のご負担でご利用いただけます
(別途諸費用が必要な場合があります)

5 サービスの終了

ア お客様のご都合でサービスを終了する場合サービスの終了を希望する旨をお申し出ください。

イ 当事業所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業により、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が、その場合は、終了1か月前まで通知いたします。

ウ 自動終了

- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要介護でなくなった場合
- ・お客様が亡くなられた場合

エ その他

お客様やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 個人情報の取扱につきまして

当事業所は「当社における個人情報の利用目的」に定めた範囲においてのみ、個人情報を利用いたします。とりわけプライバシー情報に関しましては、職員の研修につとめ漏洩に注意を払います。また、情報を第三者に提供する場合を別紙にてご提示し、事前にお客様のご承認をいただいております。あらかじめお示しした用途以外には決して利用しません。

7 情報開示につきまして

当事業所は、お客様の求めに従って、お客様ご自身に関する情報(ご利用者記録、サービス提供記録、その他)を開示しております。

ただし、ご本人あるいは身元引受人でない方(他のご家族様等)からのご請求につきましては、書面にてご本人様のご了解を得てからになります。あらかじめご了承ください。

8 事故・トラブル発生等につきまして

本説明書 1 の電話番号宛、または担当者宛にご連絡をお願いいたします。

必要に応じて、サービス事業者、市町村窓口等へ連絡等必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際して行った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

9 苦情等につきまして

迅速・適切な対応を心がけておりますが、万一 不満や苦情がおありでしたら、遠慮なくお申し付けください。下記電話番号、責任者宛にご連絡をお願いいたします。

苦情受付電話 047-446-7095 責任者 野澤 雄一郎

なお、市区町村、国民健康保険団体連合会にも窓口がございます。

- | | | |
|---|------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>市川市介護保険課</u> | 電話番号 | <u>047-334-1111</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>鎌ヶ谷市高齢者支援課</u> | 電話番号 | <u>047-445-1380</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>船橋市介護保険課</u> | 電話番号 | <u>047-436-2304</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>松戸市介護支援課</u> | 電話番号 | <u>047-366-1111</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>千葉県国保連合会 苦情相談窓口</u> | 電話番号 | <u>043-254-7428</u> |

令和 年 月 日

説明事項確認書

居宅介護支援サービスの提供にあたり、ご利用者に対して本書面に基づいて、「重要事項」を説明いたしました。

事業者名 株式会社ウイング

住 所 千葉県市川市北方1丁目7番6号

代表者名 代表取締役 池田 恵子 印

事業所名 ウイング鎌ヶ谷

住 所 千葉県鎌ヶ谷市鎌ヶ谷1-5-33

説明者氏名 印

私は、本書面により、居宅支援事業者から「重要事項」の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

ご利用者 住所

氏名 印

利用者自身が対応・判断ができない状況になった場合は、私が身元引受人として対応・判断します。
(契約時において判断が下せない場合、下記の方をご契約当事者とさせていただきます)

住所

氏名 印

ご利用者との関係 (○印)

親族 (: 続柄)

成年後見人

代理人

*確認資料をお見せいただく場合がございます。

あらかじめご了承ください。