

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

光輝居宅介護支援事業所

(愛知県指定第 2372601894)

1. 当事業所が提供するサービス

受付時間	午前8時30分～午後5時30分
担当者	葛野 訓令
電話番号	0533-65-9997(FAX 0533-65-9924)
E-mail	

* 緊急時については、24時間対応を行います。

2. 当事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	光輝居宅介護支援事業所
法人の住所	愛知県豊川市瀬木町郷中 29-4
所在地	愛知県豊川市御油町池田 60
介護保険指定番号	2372601894
設立年月日	平成 25 年 5 月 1 日
サービスを提供する地域	豊川市、豊橋市、新城市、蒲郡市

* 上記地域以外の場合でもご希望の方は、ご相談下さい。

(2) 事業所の職員体制

職種	常勤	非常勤	合計
管理者兼介護支援専門員	1名	0名	1名

(3) 営業日および営業時間

営業日	月曜日～金曜日(時間外は、電話にて対応)
休業日	土曜日・日曜日及び会社指定日 8月13日から8月15日及び12月30日から1月3日まで
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
緊急連絡先	0533-65-9997

(4) 業務内容

職種	業務内容
管理者	介護支援専門員等の従業者の管理、また、居宅介護支援の利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行います。当事業所の従業者に、厚生労働省令で定められた指定居宅介護支援の人員基準および運営に関する基準を遵守させるために、必要な指揮命令を行い、また従事者の指導教育及び相談等にあたるものとします。
介護支援専門員	要介護状態等にあるご利用者およびそのご家族のご相談を受け、ご利用者がその心身の状況等に応じて適切な居宅サービスの提供を確保できるよう、また、必要に応じて施設サービスをご利用できるよう、居宅サービス計画を作成すると共に、市区町村、居宅サービス事業者、介護保険施設等と連絡調整を行います。

3. 当事業所の居宅介護支援の特徴(契約書第1条 参照)

(1) 目的

適正な運営を確保するために、人員及び管理運営に関する事項を定め、当事業所の介護支援専門員が要介護状態にある高齢者に対し、適切な指定居宅介護支援を提供することを目的とします。

(2) 運営方針

利用者の特性と能力に応じ自立した生活ができるよう、居宅サービス計画を作成します。
利用者の選択を尊重し、利用者本位のサービス提供を心がけます。
十分な説明と同意に基づいたサービス提供を心がけます。
中立公正なサービス提供に努めます。
さまざまなニーズに応じ総合的なサービスが提供できるよう関係機関との綿密な連携を図ります。
利用者は、居宅サービス計画に位置付ける居宅サービス事業について、複数の事業者の紹介を求めることができます。また、居宅サービス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できます。

(3) 居宅介護支援の実施概要の手順等

居宅サービス計画にあたっての訪問
居宅サービス計画の作成、説明、同意、交付、モニタリング(少なくとも、1月に1回の訪問)
給付管理業務
サービス担当者会議の開催、連絡調整
認定申請の援助
介護保険施設等の紹介
使用する課題分析票の種類(居宅サービス計画ガイドラインに沿って自社作成)

4. 利用料金(契約書第9条～第10条 参照)

要介護または要支援認定を受けられた方は、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、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて所定の料金をいただきます。

(1) 居宅介護支援

ケアマネージャー1人当たりの取扱件数(担当件数)で、算定します。

居宅介護支援費 I <<取扱件数45件未満の場合>>

要介護 1 . 2	10,536円/月
要介護 3 . 4 . 5	13,681円/月

① 初回加算

親族や要支援者が要介護認定を受けた時に居宅サービス計画書を作成した場合及び要介護状態区分が2段階以上の変更認定を受けた場合に算定します。	
初回加算	3,063円/月

②入院時情報連携加算

病院または診療所に入院する利用者につき、病院または診療所を訪問し当該病院または診療所の職員に対して、利用者に係わる必要な情報を提供した場合に算定します。		
入院時情報連携加算(Ⅰ)	2,552円/月	利用者1人につき1回を限定
上記以外の方法により、当該病院、診療所の職員に対して、利用者に係わる必要な情報を提供した場合に算定します。		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	2,042円/月	利用者1人につき1回を限度

1. 上記料金は、居宅サービスの利用開始以降1ヶ月当りの金額となります。ただし、法定代理受領により事業所に対し介護給付が支払われる場合、利用者の自己負担はありません。
2. 保険料の滞納等により、事業者が介護保険からサービス利用料金に相当する給付を受領することができない場合は、1ヶ月につき要介護度に応じて所定の料金をいただきます。

(2)交通費

通常の事業実施地域以外の地域にお住まいの方で当事業所のサービスを利用される場合は、サービス提供の際に要した交通費の実費をいただきます。

①実施地域を越えた地点から片道おおむね20km未満	500円
②実施地域を越えた地点から片道おおむね20km以上	10kmあたり100円加算

(3)解約料

ご利用者は、契約を解約することができ、解約料はいただきません。

(4)利用料金等のお支払い方法

上記、料金・費用は、1ヶ月毎にご請求しますので、翌月27日までにお支払い下さい。

下記指定口座への振込み				
岡崎信用金庫 豊川支店(046)	普通預金	口座番号	9023312	
口座名義人 未来株式会社 代表取締役 入谷勝則				

5. 守秘義務等(契約書第12条 参照)

(1)守秘義務

当事業所の介護支援専門員および当事業所が雇用する者は、サービス提供を行う上で知り得たご利用者または、そのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

(2)個人情報の使用・提供に関する注意事項

当事業所は、ご利用者からおおむね文書で同意を得た上で、サービス担当者会議等において、ご利用者・ご家族の個人情報をを用いる事ができるものとします。

6. 事故発生時の対応について

当事業所がご利用者に対して行う居宅介護支援の提供により、事故が発生した場合には、速やかにご利用者のご家族、市町村に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 損害賠償について(契約書第13条 参照)

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、利用契約書第13条のとおりです。

8. サービス提供記録について(契約書第11条 参照)

サービス提供記録については、利用契約書第11条のとおりです。

尚、記録の閲覧またはその複写物の交付については厚生労働省の個人情報の適切な取扱いのためのガイドラインに準じて対応させていただきます。

9. 身分証携行義務

介護支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及びご利用者またはご家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

10. サービス内容に関する苦情(契約書第18条 参照)

当事業者は、その提供した居宅介護支援に関する契約者様等からの苦情に対して、記録を行うと同時に、苦情を受け付ける窓口を設置して適切に対応するものとします。

光輝居宅介護支援事業所	
管理者	葛野 訓令
TEL 0533-65-9997 FAX 0533-65-9924	

(行政機関苦情処理受付機関)

苦 情 相 談 窓 口	新城市役所 長寿課	所在地 新城市東入船6の1 TEL 0536-23-7688 FAX 0536-23-2002
	豊川市役所 介護高齢課	所在地 豊川市諏訪1丁目1番地 TEL 0533-89-2173 FAX 0533-89-2137
	豊橋市役所 長寿介護課	所在地 豊橋市今橋町1番地 TEL 0532-51-2359 FAX 0532-56-3810
	蒲郡市役所 長寿課	所在地 蒲郡市旭町17番1号 TEL 0533-66-1176 FAX 0533-66-3130
	愛知県国民保険 団体連合会	所在地 名古屋市東区泉1丁目6番5号 (苦情相談室) TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870
	東三河広域連合 介護保険課	所在地 豊橋市八丁通二丁目16番地 職員会館5階 TEL 0532-26-8471

附則

この規程は、令和6年4月1日から施行する。

令和 年 月 日

指定居宅介護支援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。

説明者 職名 ケアマネージャー 氏名 葛野 訓令 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、指定居宅介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所

氏名 印

私は、利用者に代わり上記署名を行いました。

私は、利用者の指定居宅介護支援サービスの提供開始の同意確認をしました。

契約者との関係

署名代行の理由

住所

氏名 印