

# 居宅介護支援重要事項説明書

<令和7年4月1日現在>

## 1. 当社が提供するサービスについての相談窓口

電話 3626-2317 (平日 午前9時～午後5時まで)  
管理者 高橋 操

\*ご不明な点は、なんでもお尋ね下さい。

尚、緊急の場合には24時間いつでもご連絡ください。  
必要に応じて指定居宅介護支援を行う体制を整備しています。

緊急時電話番号 ①080-9992-3198 ②090-2457-4476

## 2. 訪問看護ステーション みけ 居宅介護支援事業所の概要

### (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	訪問看護ステーション みけ
所在地	墨田区向島2-10-5 第5安井ビル1F
介護保険指定番号	居宅介護支援 (1370705764号)
サービスを提供する地域	墨田区(みどり、うめわか、ぶんか 圏域を除く)

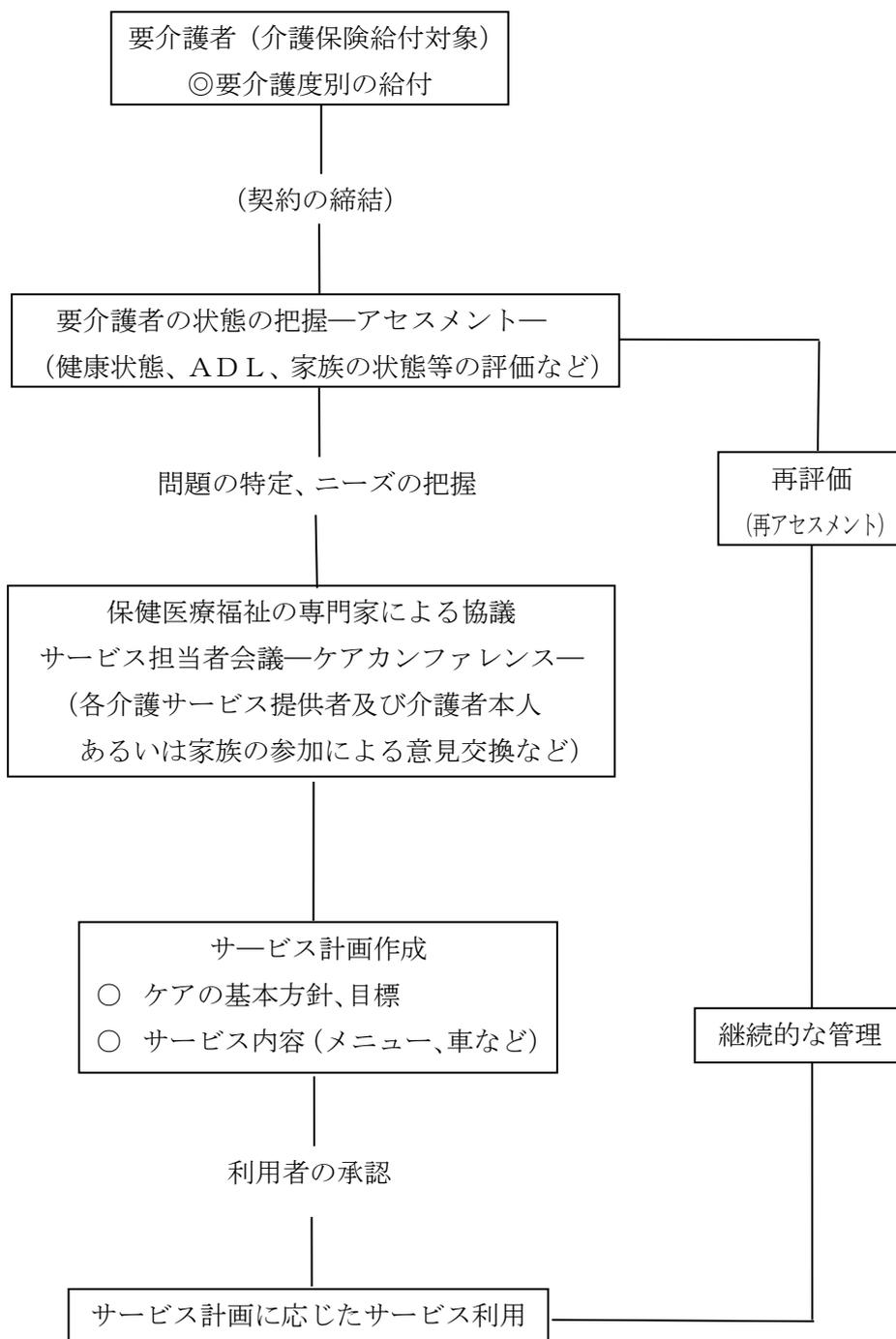
### (2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	業務内容	計
管理者	看護師・介護支援専門員	1名	従業者及び業務の管理	1名
介護支援専門員	看護師・介護支援専門員	1名以上	居宅介護支援の提供	2名以上
事務職員		1名	介護支援専門員の補助業務	1名

### (3) 営業時間

平日	午前9時～午後5時
土・日・祭日	休業
年末年始	12月30日～1月3日までは休業

### 3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容



- (1) 利用者は介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業所等の紹介を求めることができます。
- (2) 居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることができます。

#### 4. 利用料金

##### (1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付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、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額を頂き、当社からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を、後日お住まいの区の区役所窓口へ提出しますと、金額払戻しを受けられます。

##### (2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地方は、介護支援専門員がおたずねするための交通費の実費が必要です。

##### (3) 解約

お客様はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

#### 5. サービス内容に関する苦情

##### ①当事業者ご利用者相談・苦情担当

当事業者の居宅介護支援に関するご相談、苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

##### ②その他

当事業者以外に、東京都国民健康保険団体連合会、区市町村の相談・苦情窓口へ苦情を伝えることができます。

東京都国民健康保険団体連合会

電話 03-6238-0011 (大代表)

墨田区介護保険課

電話 03-5608-6544

#### 6. 事業所の概要

名称・法人種別

株式会社 ふれすか

訪問看護ステーション みけ

代表者役職・氏名

代表取締役 椎名美恵子

私は、重要事項説の内容の説明を受け、その内容に同意しました。

令和 年 月 日

住所  
契約者

氏名

住所  
代理人

氏名

## 居宅介護支援契約における個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1. 使用する目的

事業所が、介護保険法に関する法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

#### 2. 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。

②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3. 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・その他の情報

#### 4. 使用する期間 契約日から契約終了日まで

以上

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

訪問看護ステーション みけ

利用者 住所  
氏名 印（代筆者 氏名）

代理人 住所  
氏名 印（本人との関係）

家族 住所  
氏名 印（本人との関係）