

「指定居宅介護支援」重要事項説明書

290401

砺波市やなげ苑在宅介護支援センターは、介護保険法の指定を受けています。
(富山県指定 第1670800083号)

1 サービスの相談窓口

窓口担当者 介護支援専門員	てらわき みちよ 寺脇 美智代 ささき みき 佐々木 樹 はしもと よしえ 橋本 佳枝 でむら まさよ 出村 正代	いまい じゅんこ 今井 淳子 でむら のりこ 出村 範子 いちのせ まさみ 一ノ瀬 雅美
電話番号	0763 - 32-3943 (直通) 32-3050	

2 事業所の概要

(1) 支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

事業所の名称	砺波市やなげ苑在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所
事業所の所在	富山県 砺波市 柳瀬 3番地
事業者指定番号	富山県指定 第1670800083号
サービス提供地域	砺波市 (提供地域外でもご希望の方は、ご相談ください。)

(2) 事業所の職員体制

職員	資格	常勤	備考
所長代理 【管理者】		1名(兼任)	
主任 介護支援専門員	介護福祉士 保健師	1名(兼任) 1名	管理者と兼任
介護支援専門員	介護福祉士	5名 (うち2名は兼務)	在宅介護支援センターと兼務
事務職員		1名(兼任)	
合計		8名	

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯
平日	8:30 ~ 17:30

営業をしない日	日曜日、12月31日~1月3日 (※ただし、土曜、祝日は、職員が交代で出勤しています。)
---------	---

*電話等により、24時間常時連絡が可能な体制を整えています。

3 サービスの内容

- (1) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- (2) 要介護認定の申請代行
- (3) 給付管理表の作成
- (4) 連絡調整
- (5) その他

4 利用料金

(1) 利用料

要介護（要支援を含む）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。**

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業者へ直接介護保険給付が支払われない場合があります。その場合には、利用者は1か月につき要介護度に応じて下記の利用料を支払うことによりサービスが受けられます。支援事業者からはサービス提供証明書を発行しますので、これを後日市町村役場の窓口にて提供し、保険給付分の払い戻しを受けることができます。

参考（基準単価による金額。介護給付費体系の変更に伴い変わります；第9条）

<基本料金>

居宅介護支援費（Ⅰ）（介護支援専門員1人当り担当件数 40件未満）

要介護1・2 10,420円/月

要介護3・4・5 13,530円/月

居宅介護支援費（Ⅱ）（介護支援専門員1人当り担当件数 40件以上60件未満）

要介護1・2 5,210円/月

要介護3・4・5 6,770円/月

（40件以上60件未満に適用）

居宅介護支援費（Ⅲ）（介護支援専門員 1人当り担当件数 60件以上）

要介護1・2 3,130円/月

要介護3・4・5 4,060円/月

（40件以上の部分に適用）

<加算>

中山間地域等サービス提供加算（サービス提供地域以外の訪問のとき）

上記料金の1.05倍

入院時情報連携加算（Ⅰ）（病院または診療所に訪問）

2,000円/月 該当月

入院時情報連携加算（Ⅱ）（病院または診療所に訪問以外）

1,000円/月 該当月

退院・退所加算（入院等期間中に3回まで）

3,000円/回

緊急時等居宅カンファレンス加算（病院または診療所職員と居宅訪問しカンファレンス。月に2回を限度）

2,000円/回

複合型サービス事業所連携加算

3,000円/該当月

小規模多機能型居宅介護事業所連携加算	3,000円/該当月
初回加算（初回時及び要介護状態区分2段階以上変更）	3,000円/月 該当月
特定事業所加算Ⅰ（介護保険法で定める基準に適合している場合）	5,000円/月 毎月加算
特定事業所加算Ⅱ（ // ）	4,000円/月 毎月加算
特定事業所加算Ⅲ（ // ）	3,000円/月 毎月加算
<減算>	
運営基準減算	
減算要件に該当した場合	基本料金の0.5倍
減算が2ヶ月以上継続している場合	算定しない
特定事業所集中減算	2,000円/月 減算

（2）解約料

利用者は、いつでも契約を解約することができます。料金は、一切かかりません。

5 事業所の居宅介護支援の特徴等

（1）事業の目的

この居宅介護支援事業所は、介護保険法の理念に基づくとともに高齢者が自立した生活を送れるよう、また加齢に伴い介護が必要な方々に対して介護相談や介護計画等に関する支援をすることを目的とします。

（2）運営方針

- ①被保険者が要介護状態となった場合、可能なかぎり居宅においてその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるように配慮して行います。
- ②被保険者の要介護認定等にかかる申請に対して、利用者の意思を踏まえて、必要な協力を行います。
- ③被保険者の選択により、心身の状況やその他置かれている環境に応じて、施設等の多様なサービスや事業者の連携を得て適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、総合的かつ効果的な介護計画として提供されるよう配慮に努めます。
- ④利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ち、利用者に提供されるサービスが特定の種類、特定の事業者に不当に偏することのないよう公正、中立を守ります。

（3）その他

- ①アセスメント（評価）の方法
課題分析標準項目による
- ②介護支援専門員の研修等

研修教育を重視し、計画に基づき研修に参加します。

利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を計画に添って定期的を開催します。

6 24時間連絡体制について

事業所の営業日及び営業時間帯は、前記2-(3) サービス提供の時間帯の項のとおりですが、営業をしない日又は営業時間帯以外も担当の介護支援専門員に24時間常時連絡がとれる体制を整えています。連絡をとる必要があるときは、事業所が特別養護老人ホームやなげ苑に併設していますので、次に連絡してください。やなげ苑職員が、担当の介護支援専門員につながります。

電話 (0763) 32-3943

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又は利用者に病状の急変が生じた場合には、速やかに家族及び市町村や主治医等関係者に連絡する等必要な措置を講じます。

7 虐待の防止

利用者の人権擁護・虐待防止のために果たすべき責務を理解し、高齢者虐待の早期発見に努め、利用者の保護のために協力します。

8 利用者へのお願い

支援する事業者が交付するサービス利用票や居宅サービス計画書などは、利用者の介護に関する重要な書類であり、契約書及び重要事項説明書等と一緒に保管してください。

9 サービス内容に関する苦情の連絡先

当事業所の相談窓口	砺波市やなげ苑在宅介護支援センター (所 在) 砺波市柳瀬3番地 (電 話) (0763) 32-3943 (FAX) (0763) 55-6255 (担当者) 所長代理 寺脇 美智代 (苦情処理責任者) 施設長 川合 邦之
砺波市の相談窓口	砺波市 福祉市民部 高齢介護課 (所 在) 砺波市栄町7番3号 砺波市役所 (電 話) (0763) 33-1111 (FAX) (0763) 33-7622
介護保険組合	砺波地方介護保険組合 (所 在) 砺波市栄町7番3号 (電 話) (0763) 34-8333 (FAX) (0763) 34-8334

1670800083

国民健康保険団体連合会	富山県国民健康保険団体連合会 (所 在) 富山市下野字豆田995-3 (電 話) (076) 431-9833 (FAX) (076) 431-9834
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	富山県福祉サービス運営適正化委員会 (所 在) 富山市安住町5番21 富山県社会福祉協議会内 (電 話) (076) 432-3280 (FAX) (076) 432-6532

*受付時間は、いずれも、月曜日から金曜日までの8:30~17:00です。
*苑内には、皆様のご意見を随時お受けするポスト「福耳ずきん」を設置しています。

10 支援事業者（事業本部）の概要

名 称	社会福祉法人 砺波福祉会
代 表 者	理事長 老 健
所 在	(所 在) 砺波市柳瀬3番地
連 絡 先	(電 話) (0763) 32-3050 (FAX) (0763) 32-6543

以上、居宅介護支援の開始にあたり、契約書及びこの書面に基づいて重要事項の説明をしました。

平成.....年.....月.....日

事業者；社会福祉法人 砺波福祉会
理事長 老 健
事業所；砺波市やなげ苑在宅介護支援センター
説明者；砺波市やなげ苑在宅介護支援センター

.....印

私は、契約書及びこの書面により、砺波市やなげ苑在宅介護支援センターの利用について、重要事項の説明を受けました。

利用者；.....印

署名代行者；.....印

(続柄；.....)

※このページは、必要なときにご使用いただきもので、初めは記入の必要がありません。

介護支援専門員の交替申出書

平成 年 月 日

砺波市やなせ苑在宅介護支援センター管理者あて

申出者（利用者）

住所；

氏名；

印

電話；

私は、貴事業所が任命した介護支援専門員を、次の理由により交替していただきたく申出ます。

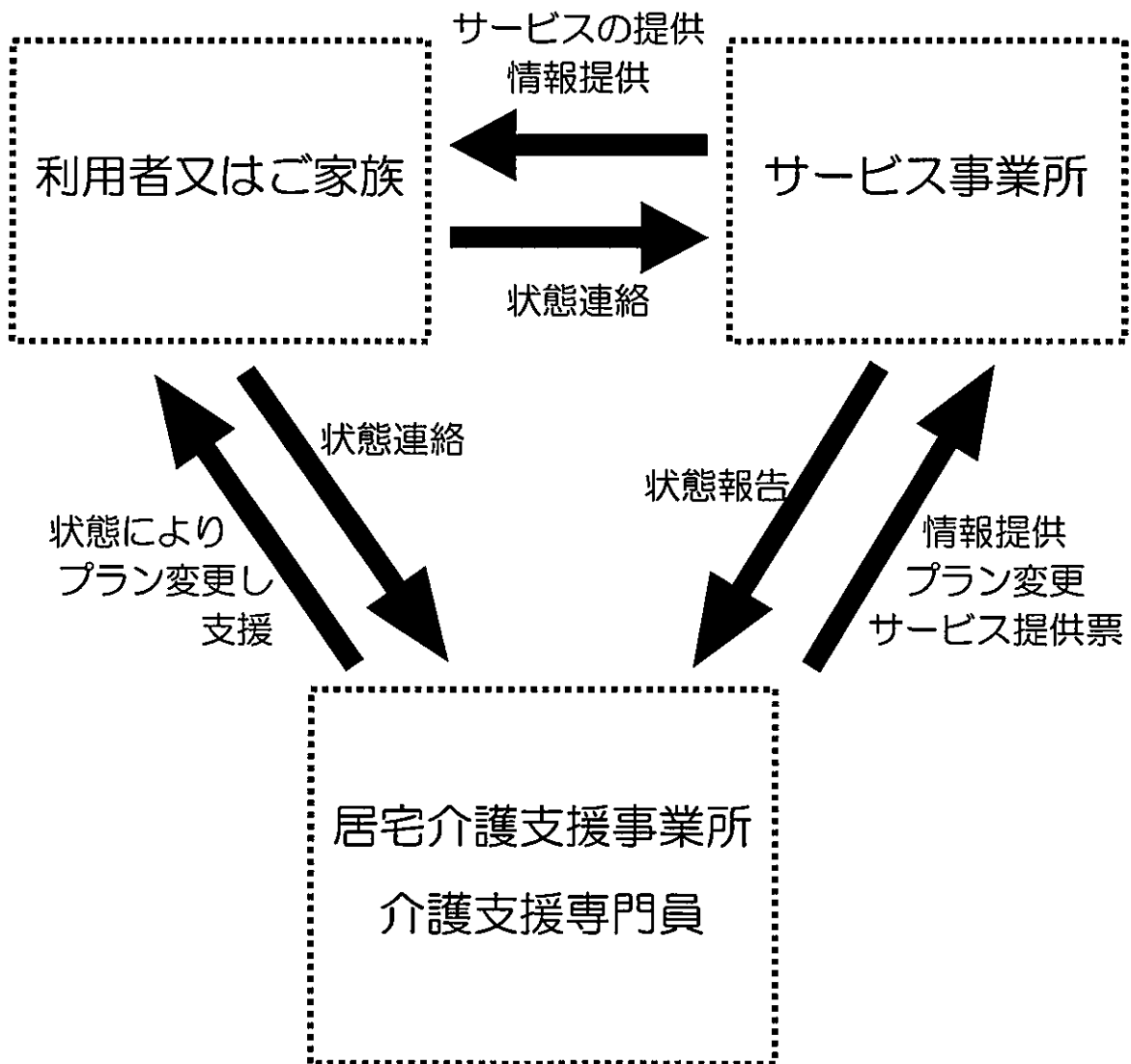
現在担当の介護支援専門員の氏名；

業務上不適切と認められる事情その他交替を希望する理由；

事業者の対応；

利用者状態急変対応マニュアル

病気や事故などにより、大きな状態変化（入院したり、寝込んだり）があった時は、必ず当事業所までご連絡ください。状態変化に迅速に対応し、在宅介護を支援します。



個人情報に関する基本方針（プライバシーポリシー）

社会福祉法人砺波福祉会 砺波市やなせ苑在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所（以下「事業所」という）は、ご利用者及びご家族の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わるものの重大な責務と考えます。

事業所が保有するご利用者及びご家族の個人情報に関し、適正かつ適切な取り扱いに努力するとともに、地域の方々から広く信頼をいただけるように、自主的なルール及び体制を確立し、個人情報に関する法令及び厚生労働省の「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、個人情報の保護に努めます。

記

1. 個人情報の適切な取得、管理、利用（第三者提供を含む）及び開示

①個人情報の取得にあたり、利用目的を説明し、その必要な範囲内で公正かつ適正な方法で取得、利用します。

②個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、ご本人またはご家族の同意を得ます。

2. 個人情報の安全性確保の措置

①個人情報の取り扱いを職員等に周知徹底するために、個人情報取り扱いに関するマニュアルを整備し、継続的に勉強会を行います。

②個人情報の不適切な閲覧、不正アクセス、漏えい、滅失または棄損の予防及び安全対策のため、事業所内において規定類を整備し、安全対策に努めます。

3. 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等への対応

事業所は、ご利用者及びご家族の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除、第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応します。これらを希望される場合には、事業所に申し出ください。

4. 相談及び苦情への対応

事業所は、個人情報の取り扱いに関する相談及び苦情に対し、個人情報相談窓口にて適切かつ迅速な対応に努めます。

○個人情報相談窓口 砺波市やなせ苑在宅介護支援センター指定居宅介護支援事業所
 ○電話番号 0763-32-3943
 ○担当者 寺脇 美智代

社会福祉法人砺波福祉会
 理事長 老 健

個人情報の使用に係る同意書

砺波市やなせ苑在宅介護支援センター管理者あて

以下に定める条件のとおり、私（ ）および家族（ ）は、「事業所」が、私及び家族の個人情報を下記の利用目的の範囲内で取得、使用及び介護サービス事業者等に提供することに対して

- A 同意します。
- B 同意しますが、下記の一部について制限します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 介護サービス計画を作成するため
- (2) 本人の利用するサービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス担当者に対する照会(依頼)のため
- (3) 医療機関、社会福祉法人、居宅介護支援事業所、介護サービス事業所、行政機関、その他必要に応じて保険外サービスや地域団体等との連絡調整
- (4) 主治医の意見を求める必要のある場合
- (5) 地域包括支援センター、介護認定調査員、介護保険組合への情報提供
- (6) 事業所内のミーティングや事業所内外でのカンファレンス(症例検討)のため
- (7) 緊急を要する時の連絡の場合
- (8) 利用者等に関わる事務処理、書類等の管理のため
- (9) その他サービス提供で必要な場合

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しないこと。また、サービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示する。

※ その他 (B を選択した場合に、利用を制限する情報の具体的な内容)

平成 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

代理人 住 所

氏 名 印 続柄(利用者との関係)

家族の代表 住 所

氏 名 印 続柄(利用者との関係)

居宅介護支援サービス契約終了申出書

平成 年 月 日

砺波市やなせ苑在宅介護支援センター管理者あて

申出者（利用者）

住所； _____

氏名； _____ 印

電話； _____

代理人（代理人を選任した場合）

住所； _____

氏名； _____ 印

電話； _____

私は、契約書第14条の規程に基づき、次の理由により居宅介護支援に係る契約の終了を申し出ます。

契約終了の理由

介護保険サービスを利用する予定がない。

医療機関に入院した。

その他

契約を終了する日 平成 年 月 日