

居宅介護支援サービス重要事項説明書

1 支援事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 福寿会
代表者名	理事長 田中 幹夫
法人所在地・連絡先	住 所 富山県南砺市松原678番地1 電話番号 0763-23-2910 F A X 0763-23-2911

2 事業所の概要

(1) 支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	いなみ居宅介護支援事業所
所在地	住 所 富山県南砺市井波1310番地1 電話番号 0763-82-7045 F A X 0763-82-7043
事業所指定番号	1672000153
通常の事業の実施地域	南砺市井波地域

(2) サービスの相談窓口（従業員の体制）

窓口相談者	管理者 常勤 1名（介護支援専門員兼務） 介護支援専門員 常勤 3名 （主任介護支援専門員含む）
-------	--

(3) サービス提供の時間帯

営業日	営業時間帯	営業しない日
月曜日～金曜日	8:30 ～ 17:30	土・日・祝日・12月29日～1月3日

※休日や営業時間外であっても、電話等により24時間常時連絡できる体制をとっています。

※居宅介護支援事業所 携帯電話番号 080-6352-9786

(4) 事業の目的

当事業所は、介護保険法の理念に基づくと共に、高齢者が自立した生活を送れるよう、又老化に伴い介護が必要な者に対して、介護相談、介護計画等を支援することを目的とします。

(5) 運営方針

- ①当事業所は、被保険者が要介護状態となった場合においても、可能な限り居宅において、その有する能力に応じ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当事業所は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮し努めます。
- ③当事業所は、利用者又はその家族の意志及び人格を尊重し、常にその立場に立って、利用者に提供される居宅サービス等が、特定の種類または特定のサービス事業者に不当の偏する

ことのないよう公正、中立に行います。

④当事業所は、市町村、地域包括支援センター、他の居宅介護支援事業所、介護保険施設の他、障害者総合支援法に規定する特定相談支援事業者との連携に努めます。

3 サービス内容

①居宅訪問

介護サービス計画作成にあたり、利用者のおかれている環境の評価や現に抱えている問題を把握するため、居宅訪問による面接調査を行うとともに、計画作成後においても、介護サービス計画の実施状況等を把握し、サービス計画の変更など利用者等が求めるサービスが適切に提供されるように居宅訪問等の方法による支援を行います。

②介護サービス計画の作成

自宅において日常生活を営むために必要なサービスを利用出来るよう、心身の状況等を勘案して、利用するサービスの種類及び内容、担当する者等を定めた居宅サービス計画を作成します。なお、サービス事業者選定にあたっては、常に複数のサービス事業者を紹介し、特定の事業者に不当に偏ることのないよう公正中立に行います。

当事業所の居宅サービス計画書の訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

また、サービス事業者の選定理由については、利用者のご希望により、その都度説明を行います。

③事業所間の連絡調整

居宅サービス計画に基づいてサービス提供が確保されるよう、事業者等との連絡調整を行います。また、必要に応じて保険福祉等の関係機関の連絡調整を行います。

④事業所間との連携

居宅サービスに位置付けた指定居宅サービスの担当者から、個別サービス計画の提出を求め連携します。

⑤医療との連携

利用者の心身の状態変化について、主治医等に対し必要な情報伝達を行います。また入院退院時には介護支援専門員の所在を明確にし、速やかな情報共有、連携を図ります。

⑥相談業務

電話、訪問、来所等を通して、利用者からの相談に適切に対応します。

⑦申請代行

要介護認定の申請やその他介護保険サービス等を利用するにあたり、利用者の意志を踏まえ必要な申請手続の代行を行います。また、要介護認定等の申請が行われているか否かを確認し、その都度支援を行います。

⑧給付管理業務

介護保険サービスに係る給付管理業務を行い、毎月給付管理票を作成し、国民健康保険団体連合会に提出します。

⑨ケアマネジメント機能の向上及び関係者間との情報共有

介護保険法上に位置付けた地域ケア会議の他、地域包括支援センター及び他法人が運営する居宅介護支援事業者との事例検討会等に参加し、地域のケアマネジメント機能の向上及び関係者間の情報共有に努めます。

⑩人材育成への協力

法定研修等における実習等を受け入れ、人材育成に協力します。

4 利用料金（介護保険で10割給付され、自己負担はありません）

※但し、介護保険料の滞納等により法定代理受理ができなくなった場合は、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。当事業者から発行されるサービス提供証明書をお住まいの介護保険窓口に出しますと、全額払い戻しを受けられます。

①利用料

（月単位の料金）

要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5
4,380円	10,760円	13,980円

※介護支援専門員1名あたりの担当件数が要介護と介護予防（1/2換算）を合わせて40件以上（基準を満たせば45件以上）になった場合には、減算されます。

②加算（状況や状態に応じて下記の加算が算定されます）

（月単位の料金）

初回加算	特定事業所加算Ⅲ	特定事業所医療 介護連携加算	中山間地域サービス提供加算	
3,000円	3,090円	1,250円	利用単位数の5%を加算	
退院・退所加算			入院時情報連携加算	
連携回数	カンファレンス無	カンファレンス有	3日以内（Ⅰ）	7日以内（Ⅱ）
1回	4,500円	6,000円	2,000円	1,000円
2回	6,000円	7,500円	ターミナルケアマネジメント加算	
3回		9,000円	4,000円	
緊急時居宅カンファレンス加算（2回算定可）				2,000円
通院時情報連携加算				500円

※その他、要介護認定申請代行費、記録の複写費用などを別途いただくことがあります。

5 秘密保持

- (1) 当事業所は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第三者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第三者に漏らすことはありません。
- (2) あらかじめ文章により契約者の同意を得た場合は、前項の規程にかかわらず、一定の条件の下で情報提供をすることができます。

6 サービス内容に関する苦情の連絡先

(1) 当事業所における苦情の受付

苦情対応の窓口責任者	山道 克美（所長兼介護支援専門員） 電話番号 82-7045・FAX 82-7043 対応時間 平日月曜日から金曜日 8時30分～17時30分
------------	---

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南砺市地域包括ケア課 南砺市地域包括支援センター	所在地 (〒932-0293) 南砺市北川166番地1 電話番号 23-2034・FAX 82-4657 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時15分
-----------------------------	--

砺波地方介護保険組合	所在地 (〒939-1392) 砺波市栄町7番3号 電話番号 34-8333 ・ FAX 34-8334 対応時間 平日 午前8時30分～午後5時15分
富山県国民健康保険団体 連合会	所在地 (〒930-8538) 富山市下野字豆田995番地3 電話番号 076-431-9833 ・ FAX 076-431-9834 対応時間 平日 午前9時00分～午後5時00分
富山県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 (〒930-0094) 富山市安住町5番21号 電話番号 076-432-3280 ・ FAX 076-432-6532 対応時間 平日 午前9時00分～午後5時00分

7 ハラスメント対策の強化

・職員への暴言・暴力（怒鳴る、物を投げつける、たたく、など）・性的言動（必要なく体を触る、卑猥な言動を繰り返す、住所電話番号を何度も聞く、など）には利用中止の対策をとる場合があります。

※認知症の行動・心理症状や精神疾患などの起因する行為の場合はハラスメントに含まれません。

8 事故発生時の対応（損害賠償）

利用者に対する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し、必要な処置を講ずるものとします。

なお、利用者に対する居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行うものとします。

9 緊急時の対応

居宅介護支援の提供時に利用者の身体状況が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講ずるものとします。

10 利用者へのお願い

- ・支援事業者が交付する居宅サービス計画書、サービス利用票等は、利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。
- ・医療機関等に入院された際には、担当の介護支援専門員の氏名、連絡先をお伝えください。健康保険証等と一緒に担当介護支援専門員の名刺を保管される事を推奨します。

私は、本書面に基づいて乙の職員（介護支援専門員 氏名_____）から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

_____年_____月_____日

利用者 (甲)	住 所	〒		
	氏 名			⑩
	電話番号	()	-	
	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行 した理由	
	住 所	〒		
	氏 名			⑩
	電話番号	()	-	

事業者 (乙)	当事業者は、指定居宅介護支援事業者として甲の申込を受諾し、この重要事項説明書に定める居宅介護支援サービスについて誠実に責任を持って行います。			
	所 在 地	〒939-1518 富山県南砺市松原678番地1		
	名 称	社会福祉法人福寿会		
	代表者名	理事長 田中 幹夫	⑩	
	電話番号	(0763) 23-2910	FAX	(0763) 23-2911