

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会
指定訪問介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス重要事項説明書
(揖斐川町社協ホームヘルプサービス事業所)

令和 年 月 日

1. 事業の目的及び運営の方針

介護保険法令の趣旨に従って、利用者が可能な限りその居宅において、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訪問介護および介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスを提供する。

2. 揖斐川町社協ホームヘルプサービス事業所の概要

(1) 事業者の概要

事業者名	社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
電話番号	0585-56-3700
設立年月日	平成17年4月1日

(2) 事業所の概要

介護保険指定番号	2172600864
種類	指定訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス
名称	揖斐川町社協ホームヘルプサービス事業所
所在地	岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43
電話番号	0585-56-3700
サテライト事業所	春日ホームヘルプサービス事業所 揖斐川町春日六合3420番地 0585-58-0008 坂内ホームヘルプサービス事業所 揖斐川町坂内広瀬310番地3 0585-53-2662
事業所長(管理者)	松井 卓哉
開設年月日	平成17年4月1日
事業の実施地域	揖斐川町全域
営業日	月曜日～土曜日(ただし、日曜日、国民の祝日及び、1月2日、1月3日、12月29日から12月31日までは、利用者から要請があった場合は随時対応可能な体制とする。)
営業時間	午前8:30～午後5:15 (利用者から要請のあった場合は随時対応可能な体制とする。)

(3) 事業所の職員体制

主な事業所

主たる事業所(揖斐川)

- ・管理者 1名(管理業務)
- ・従業者 3名以上(このうちサービス提供責任者1名含む)
サービス提供責任者(利用調整、技術指導、訪問介護計画の作成等の業務)
訪問介護員(訪問介護業務)

サテライト事業所(春日、坂内)

- ・従業者 1名以上
訪問介護員(訪問介護業務)

3. 利用料金

(1) 利用料

介護保険からの給付サービスを利用する場合は、原則として介護報酬額（料金表）の1割です。ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。（一定以上の所得がある方は、介護保険負担割合証により介護報酬額の2割もしくは3割をご負担いただくことになります。）

○訪問介護（単位：円）

区 分	20分未満	20分以上30分未満	30分以上1時間未満	1時間以上1時間30分未満
身体介護	1,630	2,440	3,870	5,670
区 分	30分増すごとの加算			
身体介護	820			

区 分	20分以上45分未満 (生活援助のみ)	45分以上 (生活援助のみ)
生活援助	1,790	2,200

区 分	20分以上 (身体介護に引き続く)	45分以上	25分増す事の加算
生活援助	650	1,300	650
初回加算	2,000円 ※初回訪問月に算定		
緊急時訪問介護加算	1,000円/回		
生活機能向上加算(I)	1,000円/回		
生活機能向上加算(II)	2,000円/回		

○介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス（単位：円）

区 分	内 容	介 護 度	介 護 報 酬 額
訪問型サービス(I)	週1回程度の利用	要支援1、要支援2	11,760
訪問型サービス(II)	週2回程度の利用	要支援1、要支援2	23,490
訪問型サービス(III)	週2回を超える利用	— 要支援2	37,270
初回加算	2,000円 ※初回訪問月に算定		
生活機能向上連携加算(I)	1,000円/回		
生活機能向上連携加算(II)	2,000円/月		

※ 訪問介護の上記の料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）帯は25%が加算された料金となります。

※ 特別地域加算対象事業所ですので、上記の金額に一律15%加算されます。

※ 上記の料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、お客様の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。

※ やむを得ない事情で、かつ、利用者の同意を得て、2人で訪問した場合は、2人分の料金になります。

(2) 交通費

前記2の(2)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、交通費として下記の料金を頂きます。

通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km未満	500円
通常の事業実施地域を越えた地点から片道おおむね10km以上	1,000円

4. キャンセル料

- (1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、速やかに当ホームヘルプサービス事業所または担当介護支援専門員までご連絡ください。
- (2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日のキャンセルは、キャンセル料を申し受けることになります。
(ただし、利用者の容態の急変など、緊急でやむを得ない事情があると管理者が判断した場合は、キャンセル料は不要です。)
- (3) 当日のキャンセル料は、居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた時間で算定します。

5. サービス内容に関する苦情窓口

- (1) 当事業所利用者の相談、苦情担当窓口、苦情解決責任者
当事業所の訪問サービスに関する利用者のご相談、苦情を賜ります

電 話 番 号	(0585) 56-3700 FAX (0585) 56-0078
携 帯 電 話	(090) 7618-9605
担当(サービス提供責任者)	小倉 友紀
苦 情 解 決 責 任 者	高橋 富士夫

(2) その他

揖斐広域連合	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町上南方1-1 揖斐総合庁舎内
	電話番号(FAX)	0585-23-0188 (0585-21-0126)
	受 付 時 間	午前8:30~午後5:15
岐阜県国民健康保険 団体連合会 介護・障害課 苦情相談係	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番地1号 岐阜県福祉農業会館内
	電話番号(FAX)	0585-275-9826 (058-275-7635)
	受 付 時 間	午前9:00~午後5:00
岐阜県社会福祉協議会内 岐阜県運営適正化委員 会	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番1号
	電話番号(FAX)	058-278-5136 (058-278-5137)
	受 付 時 間	午前9:00~午後5:00

(3) 第三者による評価の実施状況

第三者による 評価の実施状況	1. あり	実 施 日	
		評価機関の名称	
		結 果 の 開 示	1. あり 2. なし
	2. なし		

6. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族、居宅介護支援事業者等へ連絡を致します。

主 治 医	主 治 医 氏 名	
	連 絡 先	
御 家 族 等	氏 名	
	連 絡 先	
	氏 名	
	連 絡 先	

訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業 訪問型サービス提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び文書面に基づいて重要な事項を説明しました。

【事業 者】所在地 岐阜県揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43

名 称 社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会

説明者 揖斐川町社協ホームヘルプサービス事業所

氏 名 _____ (印)

私は、契約書及び文書面により、事業者から訪問介護及び介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービスについての重要事項の説明を受けました。

【利 用 者】住 所 岐阜県揖斐郡揖斐川町 _____

氏 名 _____ (印)

【代 理 人】利用者との続柄 ()

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

同意書

社会福祉法人 揖斐川町社会福祉協議会

会長 丸山周治様

私及び私の家族は、社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会指定訪問介護及び指定介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス契約書第10条第2項の規定により、下記事項について、私及び私の家族の個人情報を必要最小限の範囲において用いることに同意します。

<提供する個人情報>

- ① アセスメント票
- ② 訪問介護計画（介護予防・日常生活支援総合事業訪問型サービス計画）
- ③ 介護保険請求のための事務
- ④ 社会福祉協議会の行う管理運営業務（会計・経理・事故報告・サービスの質向上等）
- ⑤ 他の医療機関介護機関との連携
- ⑥ 行政機関等、法令に基づく照会・確認
- ⑦ 賠償責任保険等に係わる専門機関、保険会社への届出、相談
- ⑧ その他公益に資する運営業務（基礎資料の作成、実習への協力、職員研修等）

【利用者】 住所 岐阜県揖斐郡揖斐川町 _____

氏名 _____ (印)

【代理人】 利用者との続柄 ()

住所 _____

氏名 _____ (印)

【家族代表】 住所 _____

氏名 _____ (印)

