

社会福祉法人揖斐川町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業重要事項説明書
(揖斐川町社協春日居宅介護支援事業所)

令和 年 月 日

1. 事業の目的及び運営方針

介護保険法令の趣旨に従って、居宅サービス計画の作成を支援し、指定居宅サービス等の提供が確保されるようサービス提供事業者との連絡調整その他の便宜を図る。

2. 揖斐川町社協春日居宅介護支援事業所の概要

(1) 事業者

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
代表者名	会長 丸山周治
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	2172600823
種類	指定居宅介護支援
名称	揖斐川町社協春日居宅介護支援事業所
所在地	揖斐郡揖斐川町春日六合3420番地
電話番号	0585-58-0008
事業所長(管理者)	加野 陽子
開設年月日	平成17年4月1日
実施地域	揖斐郡全域
営業日	月～火曜日、木～土曜日(ただし国民の祝日及び、 1月2日、1月3日、12月29日～12月31日を除く)
営業時間	午前8:30～午後5:15

(3) 事業所の職員体制

	常勤	非常勤	業務内容	合計
管理者	1		管理業務、支援業務兼務	1
介護支援専門員	1		支援業務	1

3. 居宅介護支援の申し込みからサービス提供方法とその流れ

- ① 事業者は、介護支援専門員に居宅サービス計画の作成に関する業務を担当させます。
- ② 居宅サービス計画の作成の開始にあたって、当該地域における指定居宅サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を公正中立に契約者又はその家族等に対して提供して、契約者にサービスの選択を求めます。
- ③ 契約者又はその家族等は介護支援専門員に対し、複数の指定居宅サービス事業所等の紹介を求めること、及び介護支援専門員が紹介した指定居宅サービス事業所等の選択理由を求めることができます。
前6月間に当事業所において作成された居宅サービス計画の総数のうちに、訪問介護、通所介護、福祉用具貸与及び地域密着型通所介護がそれぞれ位置付けられた居宅サービス計画の数が占める割合等については、別紙のとおりです。

④ 介護支援専門員は、契約者及びその家族の置かれた状況等を考慮して契約者に提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等を盛り込んだ居宅サービス計画の原案を作成します。

⑤ 介護支援専門員は、前項で作成した居宅サービス計画の原案に盛り込んだ指定居宅サービス等について、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、その種類、内容、利用料等について契約者及びその家族等に対して説明し、契約者の同意を得た上で決定するものとします。

サービス利用のために

		備 考
介護支援専門員の変更	○	変更を希望される方は、お申し出ください
調査（課題把握）の方法		居宅サービス計画ガイドラインによる
介護支援専門員の研修の実施	○	年2回以上実施しています

4. 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険で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、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき下記の金額を頂き、当事業所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、揖斐川町役場 担当課の窓口へ提出しますと、全額払い戻しを受けることができます。

利用料	要介護1、2	12,490円	
	要介護3、4、5	16,230円	
加算料	初回加算	3,000円	
	緊急時居宅カンファレンス加算	2,000円	
	入院時情報連携加算（Ⅰ）	2,500円	
	入院時情報連携加算（Ⅱ）	2,000円	
	通院時情報連携加算	500円	
	退院・退所加算	(カンファレンス参加 無)	1回 4,500円 2回 6,000円
		(カンファレンス参加 有)	1回 6,000円 2回 7,500円 3回 9,000円
		ターミナルケアマネジメント加算	4,000円

(2) 交通費

前記2の(2)のサービス実施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いただきます。

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

5. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所利用者の相談・苦情担当・苦情解決責任者

当事業所の居宅介護支援に関するご相談・苦情及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・苦情を賜ります。

担 当	：	加野 陽子			
電 話	：	(0585) 58-0008	FAX	：	(0585) 58-0037
苦情解決責任者	：	高橋 富士夫			
電 話	：	(0585) 56-3700	FAX	：	(0585) 56-0078

(2) その他

揖斐川町役場 住民福祉部福祉課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町三輪133
	電話番号 (FAX)	0585-22-2111 (0585-22-4496)
	受 付 時 間	午前8:30～午後5:15
揖斐川町春日振興事務所 地域振興課	所 在 地	岐阜県揖斐郡揖斐川町春日六合3080番地
	電話番号 (FAX)	0585-57-2111 (0585-58-3420)
	受 付 時 間	午前8:30～午後5:15
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
岐阜県運営適正化委員会	所 在 地	岐阜市下奈良2丁目2番1号岐阜県社会福祉協議会内
	電話番号 (FAX)	058-278-5136 (058-278-5137)
	受 付 時 間	午前9:00～午後5:00

居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

【事業者】 所在地 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 所属：揖斐川町社協 春日居宅介護支援事業所
 氏名 _____ 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から居宅介護支援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居宅介護支援事業契約書第13条第1項及び第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。

記

1 提供する個人情報

- (1) ケアプランアセスメント票
- (2) 居宅サービス計画書
- (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）

令和 年 月 日

【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