

## 居宅介護支援サービス 重要事項説明書

### 1 事業者概要

事業所名	社会福祉法人 柳井市社会福祉協議会
所在地	山口県柳井市南町三丁目9番2号
法人種別	社会福祉法人
代表者名	杉 森 定 夫
電話番号	0820-23-1532
指定年月日及び指定番号	平成 17 年 2 月 21 日 3571200439 号

### 2 ご利用の事業所

事業所名	社会福祉法人 柳井市社会福祉協議会
所在地	山口県柳井市南町三丁目9番2号
管理者の氏名	田 村 明 子
電話番号	0820-23-1532
ファクシミリ番号	0820-23-1107
指定事業所番号	平成 17 年 2 月 21 日 3571200439 号

### 3 ご利用の事業所であわせて実施する事業

事業の種類	山口県知事の事業所指定		
	指定年月日	利用定数	柳井市基準該当サービス
訪問介護サービス	平成17年2月21日	—	該 当

事業の種類	指定年月日	利用定数	柳井市基準該当サービス
地域密着型通所介護	平成28年4月1日	10人	該 当

### 4 事業の目的と運営方針

#### (1) 事業の目的

適正な運営を確保するために、人員及び管理運営事項を定め、事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な居宅介護支援サービスを提供することを目的とする。

#### (2) 事業運営方針

①利用者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じた日常生活を営むことが出来るように配慮して行うものとする。

②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を総合的かつ効果的に提供するように配慮し努めるものとする。

- ③ 居宅サービス計画の作成に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、複数の事業所の情報を利用者に提供し、特定の事業者に不当に偏ることの無いよう公正、中立に行うものとする。
- ④ 当事業所のケアプランの訪問介護、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。

#### 5 職員の職種、人数及び職務内容

職 種	常 勤	保有資格の内容
管 理 者 兼 介 護 支 援 専 門 員	1 名	主任介護支援専門員 歯科衛生士
介 護 支 援 専 門 員	2 名	介護支援専門員 2名 介護福祉士 2名

#### 6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管 理 者	正規の勤務時間帯(8:30～17:15) 常勤で勤務	週2休
介 護 支 援 専 門 員	正規の勤務時間帯(8:30～17:15) 常勤で勤務	週2休

#### 7 営業日

営 業 日	月曜日～金曜日 但し、国民の祝日に関する法律に定める日、年末年始 (12月29日から12月31日まで及び1月2日から1月3日まで)を除く
営 業 時 間	8時30分～17時15分 (但し、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする)

#### 8 居宅介護支援サービスの概要

##### (1) 居宅サービス計画の作成

- ①ご自宅を訪問し、あなたやご家族からお話を伺います。
- ②あなたの了解を得て、主治医の方に意見をお尋ねすることがあります。
- ③介護支援専門員を中心にサービス担当者会議を開いて検討します。
- ④利用者やその家族はケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、複数の事業所の紹介を求めることができます。また当該事業所をケアプランに位置付けた理由を求めることができます
- ⑤サービス計画の内容、利用料、保険の適用など一切をご説明し、了解を得ます。

##### (2) 情報の提供

##### (3) 要介護認定の変更申請等の代行

##### (4) 関係機関等の連絡調整

##### (5) 給付管理票の作成・提出

毎月、国民健康保険団体連合会へ提出し、サービスをチェックします。

(6) 居宅介護支援利用料

当事業所が提供サービスについて、通常の場合、利用料金は介護保険から給付されますので、ご利用者の利用負担はありません。

但し、ご利用者の保険料の滞納により法定代理受領が出来なくなった場合は、いったん下記の料金をいただくこととなります。その場合は、当方が発行したサービス提供証明書及び領収書を市町村の窓口に提出しますと、保険給付相当分の払い戻しを受けることができます。

要介護度	基本単位
要介護 1, 2	1, 0 8 6 単位
要介護 3, 4, 5	1, 4 1 1 単位

加算項目	加算単位		
特定事業所加算(Ⅲ)※1参照	3 2 3 単位		
初回加算	3 0 0 単位		
入院時情報連携加算(Ⅰ)	2 5 0 単位		
入院時情報連携加算(Ⅱ)	2 0 0 単位		
退院・退所加算		カンファレンス無	カンファレンス有
	連携1回目	4 5 0 単位	6 0 0 単位
	連携2回目	6 0 0 単位	7 5 0 単位
	連携3回目	×	9 0 0 単位
通院時情報連携加算	5 0 単位		
緊急カンファレンス加算	2 0 0 単位		
ターミナルケアマネジメント加算	4 0 0 単位		

※1 当事業所は、特定事業所加算Ⅲを算定

特定事業所加算とは、質の高いサービスを提供できている事業所を評価する加算です。特定事業所加算Ⅲの取得においては、下記の算定要件の充足が求められております。

算定要件

- ・ 会議の定期的開催
- ・ 連絡相談体制の確保
- ・ 計画的な研修の実施
- ・ 困難事例への対応
- ・ 事例検討会等への参加
- ・ 運営基準の遵守
- ・ 担当件数要件
- ・ 実習等への協力または協力体制の確保
- ・ 他法人との事例検討会等の実施
- ・ 居宅サービス計画要件
- ・ 人員（主任介護支援専門員）要件
- ・ 人員（常勤介護支援専門員）要件

9 事業の実施地域

実施地域	柳井市全域
------	-------

## 10 苦情申立先

柳井市社会福祉協議会	ご利用時間 8:30～17:15(土日祝日を除く) ご利用方法 電話 0820-22-3800 面接場所 当事業所の相談室
柳井市高齢者支援課	ご利用時間 8:30～17:15(土日祝祭日を除く) ご利用方法 電話 0820-22-2111 面接 柳井市役所 高齢者支援課
国民健康保険団体連合会	ご利用時間 9:00～17:00(土日祝祭日を除く) ご利用方法 電話 083-995-1010 FAX 083-934-3665

## 11 緊急時の対応方法

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従います。  
又緊急連絡先に連絡いたします。

## 12 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は（ ）です。ご不明な点やご要望等がありましたらお申し出下さい。

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり。上記のとおり重要事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

<住所> 山口県柳井市南町三丁目9番2号  
<事業者名> 社会福祉法人 柳井市社会福祉協議会  
<事業者番号> 3571200439  
<代表者氏名> 会長 杉森定夫  
<電話> 0820(23)1532  
<説明者氏名>

上記内容の事業者から受け、内容について同意し、重要事項の説明を受けました。

利用者

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_

家族または代理人(続柄 \_\_\_\_\_)

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_