

# 介護予防・日常生活支援総合事業第一号訪問事業 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 訪問介護事業所
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	会長 杉森定夫
電話番号	0820-22-3870
ファクシミリ番号	0820-23-1107
管理者名	濱本綾子
指定年月日及び指定番号	平成 17 年 2 月 21 日 3571200454号

## 2. 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

指定訪問介護事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、介護福祉士又は訪問介護研修の修了者が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定訪問介護を提供することを目的とする。

### (2) 事業運営方針

- 訪問介護員等は、要介護等の心身の特性を踏まえて、その利用者が有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介護、その他の生活全般にわたる援助を行う。
- 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。

## 3. ご利用事業所の職員体制

職 種	常 勤	非常勤	計	備 考
管 理 者	1名		1名	サービス提供責任者と兼務
サービス提供責任者	2名	1名	3名	管理者と兼務
訪 問 介 護 員	3名	14名	17名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護福祉士 10名</li> <li>・准看護師 1名</li> <li>・ヘルパー2級 5名</li> <li>・初任者研修 1名</li> </ul>

#### 4.営業時間及び実施地域

営業日	月曜日～金曜日（土・日・祝祭日 12月29日～～1月3日を除く）
営業時間	午前8時30分～午後17時15分
その他	① 介護予防サービス支援計画により休業日又は時間外であってもサービスの提供を行う場合がある。 ② 電話等により、24時間常時連絡が可能な体制とする。
実施地域	柳井市全域。 市外については希望者があれば必要に応じ対応していく。

#### 5.利用料

別紙による。

#### 6.苦情申立先

柳井市社会福祉協議会	訪問介護事業所 ご利用時間 8:30～17:15(土日祝祭日、12/29～1/3日を除く) ご利用方法 電話 0820-22-3800 0820-22-3870 面接 柳井市社会福祉協議会 苦情箱（事務局に設置しております） 第三者委員 砂田 規之 福田 美雪
柳井市高齢者支援課	ご利用時間 8:30～17:15(土日祝祭日、12/29～1/3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、12/29～1/3日を除く) ご利用方法 電話 083-995-1010 FAX 083-934-3665

#### 7.虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 管理者 濱本 綾子

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。

柳井市役所 社会福祉課	ご利用時間 平日 8:30～17:15 ご利用方法 電話 0820-22-2111 面接 柳井市役所 社会福祉課
柳井圏域障害者虐待防止センター	ご利用時間 終日 ご利用方法 電話 0820-52-2678 FAX 0820-25-3376 面接 城南学園内
山口県障害者権利擁護センター	ご利用時間 平日 8:30～16:30 ご利用方法 電話 083-902-8300 面接 社会福社会館内

## 8. サービス実施の記録について

### (1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にごその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、居宅介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

### (2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令（及び 社会福祉協議会個人情報保護規定）に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）

## 9. 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。

利 用 者 の 主 治 医	氏 名	
	医療機関の名称	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
緊 急 連 絡 先	氏 名	
	住 所	
	電 話 番 号	
	昼間の連絡先	
	夜間の連絡先	

私は、本書面に基づいて事業者より上記重要事項の説明を受け  
訪問介護サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

〈住 所〉 \_\_\_\_\_

〈氏 名〉 \_\_\_\_\_

(署名代行者)

〈住 所〉 \_\_\_\_\_

〈氏 名〉 \_\_\_\_\_