

重 要 事 項 説 明 書

（介護予防支援）

[令和 6 年8月 1 日現在]

介護予防支援の提供にあたり、重要事項を以下のとおり説明します。

1 利用者の担当事業所の名称など

| | |
|-----------------|---|
| 事業所の名称 | 社会福祉法人 光市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所 |
| 所在地 | 光市光井二丁目 2 番 1 号 |
| 指定番号 | 山口県指定 第 3 5 7 1 0 0 0 3 5 9 号 |
| 管理者 | 高島 晴紀 |
| 連絡先 | 電話番号 0 8 3 3 - 7 4 - 3 0 6 0 F A X 0 8 3 3 - 7 4 - 3 0 7 3 |
| 当該事業所の通常の事業実施地域 | 光 市 |

2 利用者の担当事業所の従業員の職種、職務内容、員数及び勤務体制

| 職 種 | 職務内容 | 員 数 | 勤務体制 |
|---------|----------------------|-----|---------------------------|
| 管理者 | 事業の総括 | 1 人 | 常勤（兼務） |
| 介護支援専門員 | 介護予防サービス・支援 計画書作成 | 3 人 | 常勤（兼務）3 人 （8：30～17：15） |

3 利用者の担当事業所の営業日及び営業時間（窓口対応の営業日及び営業時間）

| | |
|------|-------------------------|
| 営業日 | 土・日曜日、祝祭日、12月29日～1月3日以外 |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時15分まで |

4 介護予防支援の内容及び料金

| 介護予防支援の内容 | 介護保険適用 の有 無 | 単位当たりの基本料金 |
|-------------------|----------------|---|
| 介護予防サービス・支援計画書の作成 | 有 | ※介護保険により、費用の全額が給付されますので、自己負担は無料となります。 但し、サービスを利用するには市町村の要支援又は要介護認定を受ける必要があります。 |
| サービス事業者との連絡、調整 | 有 | |
| 経過観察、評価 | 有 | |
| 給付管理 | 有 | |
| 要介護（支援）認定の協力、援助 | 有 | |
| 介護保険施設の紹介 | 有 | |
| お客様からの相談の対応 | 有 | |

5 その他の費用

- ・ 交通費
利用者の居宅が光市以外にあるときは、利用者との協議により交通費の実費をいただきます。

6 事業者概要

| | |
|--------------|---|
| 名称、法人種別 | 社会福祉法人 光市社会福祉協議会 |
| 代表者名 | 会 長 梅 本 貞 則 |
| 所在地、連絡先 | 光市光井二丁目2番1号 |
| 実施する他の介護保険事業 | 訪問介護 (山口県第3571000367号) 介護予防デイサービス ふれまち虹の家 (山口県第3571000524号) |

7 事業の目的及び運営の方針

- ・ 事業の目的
要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対する適正な居宅介護支援の提供
- ・ 運営の方針
要介護状態又は要支援状態にある高齢者が、可能な限り居宅において、その有する能力に応じた自立した日常生活ができるよう配慮し支援を行う

8 虐待防止・身体拘束の適正化について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止・身体拘束の適正化の為の措置を講じます。

9 業務継続に向けた感染症や災害時の対応について

事業所は、感染症や災害時における利用者等のサービス提供等の業務継続の為の措置を講じます。

10 緊急時等における対応方法

サービス提供中に病状の急変などあった場合は、速やかにご利用者の主治医、救急隊、緊急時連絡先（ご家族等）、等へ連絡をします。

11 事故発生時の対応

サービス提供中に事故が発生した場合は、速やかにご利用者の緊急時連絡先（ご家族等）市町村、また必要時は警察署、消防署、等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

12 相談窓口・苦情対応

| | | |
|--------------------|----------------------------|--|
| 当事業所相談窓口 | 所在地 電話番号 FAX 利用時間 | 光市光井二丁目2番1号 (0833) 74-3060 [担当 高島 晴紀] (0833) 74-3073 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| 光市役所 介護保険担当課 | 所在地 電話番号 FAX 利用時間 | 光市光井二丁目2番1号 (0833) 74-3003 (0833) 74-1034 平日 午前8時30分～午後5時15分 |
| 山口県国民健康 保険団体連合会 | 所在地 電話番号 FAX 利用時間 | 山口市朝田1980番地7 (083) 925-2697 (083) 934-3665 平日 午前9時00分～午後5時00分 |