

居宅介護支援重要事項説明書
〈令和7年6月17日現在〉

1 支援事業者（本社）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 熊本南福祉会
代表者名	坂本 和香奈
本社所在地・連絡先	(住所) 熊本市南区平成2丁目6-9 (電話) 096-370-0055 (FAX) 096-370-1868

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	シルバー日吉指定居宅介護支援事業所
所在地・連絡先	(住所) 熊本市南区平成2丁目6-9 (電話) 096-370-0055 096-370-0100 (FAX) 096-370-1868
事業所番号	4370100465
管理者の氏名	牧 洋臣

(2) 事業所の職員体制

従業員の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者	1	1			管理業務
介護支援専門員	2	2		1.9	

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市
---------	-----

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(4) 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00～18:00

営業しない日 土曜日、日曜日・12月29日～1月3日

3 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

- ア 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- イ 要介護等認定の申請代行
- ウ 給付管理業務
- エ 介護保険施設の紹介等

4 費用

(1) 利用料

※利用料については別紙①添付。

(2) 交通費

2の(3)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域にお住まいの方は交通費の実費が必要となります。

(3) 利用料等のお支払い方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、25日までに下記口座に振り込み送金してお支払い下さい。

肥後 銀行 流通団地支店
普通預金口座（口座番号 39406）
口座名義 社会福祉法人 熊本南福社会
理事長 坂 本 和 香 奈

※ 入金確認後、サービス提供証明書と領収証を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

居宅介護支援事業は、要介護者が保健医療サービス及び福祉サービスの適切な利用等によって自立した生活を営めるよう、介護支援計画等を作成提供し、支援することを目的とする。

(2) 運営方針

- ① 居宅介護支援事業は、利用者が要介護状態等になった場合においても、可能な限り居宅において、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に配慮して行うものとする。
- ② 居宅介護支援事業は、利用者が要介護状態等となった場合、利用者の心身の状況、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が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行うものとする。
- ③ 居宅介護支援事業の提供に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に偏ることがないように、公正中立に行うものとする。
- ④ 居宅介護支援事業の運営に当たっては市町村や地域包括支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等との連携に努めるものとする。

(3)その他

事 項	内 容
アセスメント(評価)の方法及び事後評価	居宅サービス計画ガイドライン方式又は、日本社会福祉士会方式、MDS－HC方式などによりお客様の直面している課題等を評価し、お客様に説明のうえケアプランを作成します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を評価し、その結果を書面（居宅サービス報告書）に記載してお客様に説明のうえ交付します。
従 業 員 研 修	各種研修に参加し研鑽に努めます。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口及び第三者委員

当社お客様相談窓口	窓口責任者 牧 洋臣 窓口担当者 吉元 千尋 ご利用時間 9:00～18:00 ご利用方法 電話（096-370-0055） 面接（当社1階相談室）
第 三 者 委 員	岡崎 五穂 住所:熊本市南区近見1丁目11-3 電話番号:096-325-0173

その他参考事項	当事業に対する苦情については当事業所で責任を持って対応しますが、他の機関への申したても出来ません。熊本市 健康福祉局 高齢者支援部 介護事業指導課・電話 328-2793 国民健康保険団体連合会・電話 214-1101(苦情相談受付窓口)
---------	---

7 サービス担当者会議開催の同意

支援事業所はお客様のサービス担当者会議を行うにあたり、お客様の置かれている環境・生活状況・経済的側面・家族の状況・身体状況・精神状態・主治医の意見等の情報をもとに、サービス提供を行う居宅サービス事業所に対して居宅サービス計画も含め情報を開示いたします。居宅サービス計画が継続的且つ円滑に実施でき、さらに居宅サービス事業所のサービス担当者をお客様またはご家族が把握し意見を述べる機会をもうける等居宅サービス事業所に協力をいたします。

8 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_____ですが、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

9 お客様へのお願い

- (1) 支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、お客様の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管して下さい。
- (2) 利用者様が入院された場合、入院先医療機関に担当介護支援専門員の氏名等をお伝え下さい。

事業者 熊本市南区平成2丁目6-9

社会福祉法人熊本南福社会
 シルバー日吉指定居宅介護支援事業所
 理事長 坂本 和香 奈 印

私は、本書面に基づいてシルバー日吉指定居宅介護支援事業所の職員(職名
介護支援専門員 氏名 _____)から上記重要事項の説明を受けたこと
を確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人(選任した場合) 住 所 _____

氏 名 _____ 印