

恵信山梨落合サポートセンター

居宅介護支援事業

重要事項説明書

社会福祉法人 恵信福祉会

居宅介護支援重要事項説明書

1 事業概要

| | |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名 | 恵信山梨落合サポートセンター |
| 所在地 | 山梨市落合 464-1 |
| 連絡先 | TEL 0553-39-8380 (FAX 0553-39-8370) |
| サービス提供地域 | 山梨市全域、甲州市（大和町及び塩山一之瀬高橋を除く）、笛吹市春日居町・石和町・一宮町・御坂町、甲府市上阿原町・川田町・国玉町・酒折町・酒折1丁目から3丁目・桜井町・善光寺町・善光寺1丁目から3丁目・東光寺町・東光寺1丁目から3丁目・七沢町・西高橋町・向町・横根町・蓬沢町・和戸町 |
| 事業者番号 | 1970200562 |

2 事業所の職員体制等

| 職種 | 人員 | 勤務形態 |
|---------|------|------|
| 管理者 | 1名 | 常勤 |
| 介護支援専門員 | 1名以上 | 常勤 |

3 営業時間

| | |
|-----------------------------------|-----------------|
| 平日 | 午前8時45分～午後5時45分 |
| 土・日・祝日・年末年始（※） (※) 12月29日～1月3日 | 休業 |

4 サービス提供の主な内容と提供方法及びサービス提供方針

- ・介護認定の申請手続きの代行
- ・居宅サービス計画（ケアプラン）の相談・作成・交付
- ・身体や生活状況に合わせ、希望に添ったサービス計画の作成を行います。
- ・各居宅サービス事業者の紹介・連絡調整
- ・利用者及び家族のニーズに合ったサービス事業所を複数紹介いたします。
- ・介護保険以外の各種在宅サービスの紹介・調整
- ・サービス利用開始時や入院時等は、医療機関との緊密な連携を図ります。

＜利用者及び家族の権利＞

- ・利用者及び家族は、介護支援専門員が居宅サービス計画書に位置づけた事業所に関して、当該事業所を位置づけた理由を求めるすることができます。

5 利用料金

- | | |
|---------|---------------------------------------------------|
| (1) 利用料 | な し |
| (2) 交通費 | ・通常実施地域はなし ・通常実施地域を越えた地点から 1 キロメートル当たり 50 円を徴収 |

6 禁止行為について

以下の行為につきましては、ご遠慮ください。

- ①職員に対する身体的暴力・精神的暴力・セクシュアルハラスメント
- ②職員に対する贈物や飲食のもてなし

7 事故発生時の対応について

当事業所のサービス提供により事故が発生した場合には、速やかに利用者の状態を確認し、契約者、市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。併せて、事故の状況及び採った処置を記録するとともに、原因の究明と再発防止の検討を行います。

8 非常災害対策について

当事業所では、非常災害に備えて必要な設備を設けるとともに、消防や避難に関する計画を作成します。

9 虐待防止のための対応について

当事業所では、虐待の発生またはその再発を防止するため、虐待防止のための指針を整備します。また、虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともにその結果について、介護支援専門員に周知徹底します。さらに、虐待防止のための研修会担当者を決め、定期的に研修を実施します。

10 第三者評価について

当事業所では、提供するサービスの第三者評価を実施しておりません。

11 お客様相談・苦情受付

- (1) 苦情解決責任者
[職・氏名] 管理者 中村 浩枝

- (2) 苦情受付窓口 (担当)
恵信山梨落合サポートセンター 中村 浩枝
電話番号 0553-39-8380

(3) 保険者である市町村及び、国民健康保険連合会（055-233-9201）も相談窓口を設置しています。

(4) 受付時間 随時

【説明確認欄】

(契約する場合には以下の確認が必要です)

サービスの締結にあたり、上記により重要事項を説明・交付いたしました。

令和 年 月 日

事業者 所在地 山梨市落合464-1
名 称 恵信山梨落合サポートセンター

説明者 氏 名 中村 浩枝 印

サービス締結にあたり、上記により重要事項の説明・交付を受けました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

(代理人) 住 所
氏 名 印