

居宅介護支援サービス「恵那峡ケアセンター」重要事項説明書

あなたに対する居宅介護サービスの提供開始に当たり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要は、次のとおりです。

事業者	名称	有限会社 チェリッシュ企画
	所在地	〒468-0051 名古屋市天白区植田 2-202 2F
	法人種別	営利法人
	代表者名	石川千壽子
	電話番号	052-804-0755
事業所	名称	恵那峡ケアセンター
	所在地	〒509-7201 岐阜県恵那市大井町 2694-10 恵那峡リゾート 102 号
	電話番号	0573-25-3237
事業の目的	有限会社チェリッシュ企画が開設する恵那峡ケアセンター指定居宅介護事業所（以下「事業所」という。）が行う障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）に規定する指定居宅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、事業所の従業者が居宅支給決定を受けた利用者に対し、適正な指定居宅介護を提供することを目的とする。	
運営の方針	<p>1 事業所の従業者は、利用者及び障害児が居宅において日常生活を営むことができるよう、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談の及び助言並びに外出時における移動の介護その他生活全般にわたる援助を行うものとする。</p> <p>2 事業所の従業者は、利用者及び障害児の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。</p> <p>3 事業の実施に当たっては地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、他の居宅支援事業者、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。</p>	
虐待防止	<p>事業者は、障害者・障害児の人権の擁護・虐待の防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。</p> <p>虐待防止責任者 石川 怜</p>	

2 事業実施地域

通常の事業の実施地域は、恵那市（山岡町・明智町・上矢作町を除く）、中津川市（山口村、付知町、加子母村、坂下町）を除く全域

3 営業日

サービス提供日・時間	サービス提供日 月曜日～日曜日 サービス提供時間 午前9時～午後6時 上記の他、電話等により 24 時間連絡が可能な体制とする。
営業日・営業時間	営業日 月曜日～金曜日 営業時間 午前9時～午後6時

4 事業所の職員体制は次のとおりです。

職種	従事するサービスの種類	人員
管理者	統括管理	1名
サービス提供責任者	サービス契約業務管理、居宅介護計画等の作成	1名
介護職員	サービス提供	4名
事務職員	運用上必要な事務処理	1名

5 居宅介護サービスの内容及び対象者は次のとおりです。

サービス内容	身体介護	主たる対象者	身体障害者
	家事援助		知的障害者
	同行援護		障害児
			精神障害者

6 利用者負担金については、次のとおりです。

- (1) 指定障害福祉サービスを提供した場合の利用料の額は告示上の額とし、当該指定障害福祉サービスが法定代理受領サービスであるときは、市町村が定める利用者負担額の支払いを受けるものとします。ただし、当該サービス提供を行った月に他の事業所による障害福祉サービスの提供があった場合には、各事業所が受ける利用者負担額の合計が市町村の定める利用者負担額をこえないよう調整した額の支払いを受けるものとします。

(2) 法以外のサービスに係る費用

	ご負担額
交通費	通常の実施区域外の遠距離サービスの場合
	事業所から、片道20キロメートル未満 400円
	事業所から、片道20キロメートル以上 600円

- (3) 上記支払い方法は、サービスを提供した翌月の20日に、郵便局の口座から引き落としとなりますので宜しくお願いします。

7 サービスの中止、キャンセル料について

- (1) 利用者が、サービス利用の中止（キャンセル）をする際には、速やかに次の連絡先までご連絡ください。
連絡先 電話番号 0573-25-3237 FAX 0573-25-3237
- (2) 利用者の都合でサービスを中止する場合は、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。当日の中止（キャンセル）については、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください。但し、利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。

時期	キャンセル料
サービス利用時の前日まで	いたしません
サービス利用の当日	戸口までうかがった場合は往復の交通費

8 緊急時の対応

サービスの提供にあたり、事故・体調の急変が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関等に連絡します。

医療機関等	名称： 主治医の氏名： 連絡先：
緊急連絡先	氏名： 連絡先：

9 相談窓口、苦情対応

(1) サービス等に対する苦情やご相談については、当事業者は、以下の専用窓口で受け付けます。

当事業者相談・ 苦情窓口	チェリッシュケアセンター 電話番号 052-804-0755 FAX 番号 052-800-9872 石川 千壽子
-----------------	---

(2) 行政機関その他相談・苦情受付機関

岐阜県健康福祉部 障害福祉課事業所指導係	岐阜県岐阜市藪田南二丁目1番1号 電話番号：058-272-8302 FAX 番号：058-278-2643
恵那市役所社会福祉課	岐阜県恵那市長島町正家一丁目1番1号 電話番号：057-326-2111 FAX 番号：057-325-6150
岐阜県社会福祉高議会 運営適正化委員会	岐阜県岐阜市下奈良二丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館2階 電話番号：058-278-5136 FAX 番号：058-278-5137

10 加算の状況

以下の加算を届け出ております。

- ・福祉介護職員処遇改善加算

居宅介護サービスの提供に際し、本書面に基づき、事業者は重要事項の説明を行い、利用者は確認しました。

平成 年 月 日

事業者 468-0051 名古屋市天白区植田2-202 2F

(有)チェリッシュ企画

代表者 石川 千壽子 印

- ・口利用者
- ・保護者
- ・成年後見人
- 口補助人
- 口保佐人
- 口後見人

住所 〒 _____

氏名 _____ 印