

在宅介護支援センターのご案内

事業主体に関すること

| | |
|------------------------|---|
| 事業主体の名称 所在地 電話番号 | 社会福祉法人 希望会 岩手県盛岡市乙部 5地割 41番地1 ☎ 019 (696) - 4386 |
| 代表者氏名 | 理事長 尾形 サキ子 |
| 事業主体が行っている主な事業等 | 事業の種類 事業者指定番号 特別養護老人ホーム希望の里 0370100992 希望の里短期入所センター 0370101016 希望の里デイサービスセンター 0370101008 希望の里在宅介護支援センター 0370101024 |
| 事業の運営方針 | 老人福祉法及び介護保険法の理念に基づき、利用者に対し身体、精神及び環境面を考慮したサービス計画を作成し、日常生活の自立支援に向けて、入浴、排泄、食事等の介護、健康管理及び療養上の世話及び機能訓練等の専門性を追及した介護サービスの提供を行います。 サービス提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重するとともに、心身機能の維持並びに明るく家庭的な雰囲気作りに努め、地域や家庭との結びつきを密接にしていきます。 事業の実施にあたっては、関係市町村、その他の保健医療サービスまたは福祉サービスを提供する機関との密接な連携につとめます。 |

在宅介護支援センターに関すること

| | |
|---------------------|--|
| 施設の名称(種類) 施設の所在地 | 希望の里在宅介護支援センター 岩手県盛岡市乙部 5地割 41番地1 ☎ 019 (696) - 4386 |
| 開設日 | 平成13年 8月10日 |

職員体制に関すること

| | |
|-------------|----------------------|
| 在宅支援に関わる職員数 | 管理者 1名 介護支援専門員 4名 |
| 職員の専門資格 | 介護支援専門員、介護福祉士 |

提供するサービスの費用に関すること

| | |
|------------------------|---|
| 介護保険給付対象となる主なサービスの利用料金 | |
| 介護保険給付対象サービス利用料金 | ①要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません。ただし、介護保険料の滞納等がある場合償還払いとなります。 |

②解約料

お客様はいつでも契約を解約することができます。一切料金はかかりません。

③支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月15日までに前月分の請求をします。口座振替はその月の20日(手続必要)、口座振込はその月の25日までに指定口座に振込にてお支払いください(振替及振込手数料は利用者負担とさせていただきます)

介護予防サービス 介護予防プラン、介護予防ケアマネジメントの
第1号介護予防支援事業 受託事業を行っております。

苦情対応及び緊急時の対応に関すること

| | |
|------|--|
| 苦情対応 | ①当施設が提供するサービスについての相談、苦情窓口 電話/019 (696) - 4386 担当者/介護支援専門員 阿部百合子 ②当施設以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。 ・盛岡市介護保険課 電話 019-626-7581 ・岩手県国民健康保険団体連合会 電話 019-623-4321 |
|------|--|

事業者の義務及び損害賠償に関すること

| | |
|------|--|
| 損害賠償 | 事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、利用者に対してその法律上の損害を賠償します。 |
|------|--|

契約の期間に関すること

| | |
|-------|---|
| 契約の終了 | ①利用者は、事業者に対して、文書で通知することにより、いつでも契約を解除することができます。 ②事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して1ヶ月の予告期間において、理由を示した文書で通知することによりこの契約を解約することができます。この場合、事業者は当該地域の他の指定居宅介護支援事業所に関する情報を利用者へ提供します。 ③次の事由に該当した場合は、この契約は自動的に終了します。 ・利用者が他の介護保険施設に入所した場合。 ・利用者の要介護区分が、非該当(自立)と認定された場合。 ・利用者が死亡した場合。 ④その他 事業者は、利用者またはその家族が事業者や介護支援専門員に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為(暴言、暴力、セクシャルハラスメント等)を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解除することができます。 |
|-------|---|

その他

| | |
|------------|-----------------------------|
| 介護支援専門員の変更 | 介護支援専門員の変更を希望される方はお申し出ください。 |
|------------|-----------------------------|