

指定居宅介護支援事業所
プルミエールひたち野重要事項説明書

居宅介護支援のサービス提供の開始に当たり、厚生省令第38号第4条に基づいて、
当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 廣山会
事業者の所在地	茨城県かすみがうら市上土田330-2
法人種別	社会福祉法人
代表者職名	理事長 川井 義久
電話番号	0299-59-5611
指定年月日・指定番号	平成8年4月25日・高福指令第11号

2. 事業所

事業所の名称	指定居宅介護支援事業所 プルミエールひたち野
事業所の所在地	茨城県かすみがうら市稻吉二丁目21番地7号
管理者の氏名	渡邊 江里子
電話番号	029-833-3300
FAX番号	029-833-3301
指定年月日	平成11年10月29日
介護保険事業所番号	0873900047

3. 当法人であわせて実施する事業

事業の種類	茨城県知事の事業指定		利用人数	かすみがうら市該当サービス
	指定年月日	指定番号		
指定介護老人福祉施設	H12.4.1	0873900187	100	該当・非該当
指定短期入所生活介護事業所	H12.2.29	0873900187	20	該当・非該当
指定通所介護事業所	H12.2.18	0873900237	休止	該当・非該当
指定認知症対応型共同生活介護事業所	H14.10.1	0873900435	27	該当・非該当
在宅介護支援センター	H8.4.25			かすみがうら市委託事業
デイサービスセンター2号館	H15.12.19	0873900567	40	該当・非該当
グループホーム事業所2号館	H15.12.19	0873900575	27	該当・非該当

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的

介護保険制度の趣旨に則り、居宅サービス計画作成の支援を必要としている利用者の便宜を図りかつ他のサービス提供事業者との連絡調整を図ることを目的とします。

運営の方針

- ・利用者の能力を最大限に生かし豊かな生活設計の支援を行います。
- ・利用者を第一に考えたサービス計画を作成します。
- ・利用者が自立した生活を営めるよう適切な支援を行います。

5. 職員の職種、人数及び職務の内容

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格の内容			
		常勤		非常勤							
		専従	兼務	専従	兼務						
管理 者	1		○			0. 1	1 以上	介護支援専門員			
介護支援専門員	2	○	○			1. 9	1 以上	介護支援専門員			

6. 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理 者	正規の勤務時間帯に常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯に常勤または非常勤で勤務	4週8休

7. 営業日

営業日	月曜日～金曜日 休日でも、他の者が代わって相談業務を行います。 (土・日・国民の祝日及び12月31日～1月3日は特別休暇)
営業時間	8：30～17：30

8. 居宅介護支援サービスの概要

種類	内 容	提 供 方 法
要介護認定の申請代行	利用者が希望する場合は、要介護認定等の申請を利用者に代わって行います。	訪問・電話・来所等
サービス計画の立案	利用者の要望により、居宅サービス計画を作成し、本人及び家族に提示し並びに説明を致します。	同 上
情報提供	関係行政機関や希望するサービスの情報の提供を致します。	同 上
連絡調整	居宅サービス事業所及び介護保険施設等への紹介、連絡調整を行います。	同 上

9. 事業の実施地域

かすみがうら市・土浦市・石岡市

10. サービス内容に関する相談・苦情申し立て先

サービスご利用 相談窓口	・窓口担当者：渡邊 江里子 (担当者不在でも、随時受付けています)
	・ご利用時間：8：30～17：30 ・ご利用方法：①面接 ②電話：029-833-3300 ③FAX：029-833-3301 ④苦情箱 ⑤メール：premiere2@mbn.nifty.com ⑥ホームページ： http://www.premierehitachino2.com ⑦手紙：かすみがうら市稻吉二丁目21番地7号

11. 介護保険に関する相談・苦情申し立て先

サービスご利用 相談窓口	・各市町村介護保険相談窓口（電話番号） かすみがうら市役所 0299-59-2111 土浦市役所 029-826-1111 石岡市役所 0299-23-1111 茨城県国民健康保険団体連合会 029-301-1550
	・相談窓口時間： 8：30～17：30

私は、本書面に基づいて指定居宅介護支援事業所プレミエールひたち野の職員介護支援 専門員_____から、上記サービス内容及び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

利用者代理人 住 所 _____

氏 名 _____