

居宅介護支援重要事項説明書

1 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話 03-5760-6245 (午前9時～午後5時)
担当 種田 裕也

2 事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	ケアプラン九品仏
所在地	東京都世田谷区奥沢7丁目18番1号401
介護保険指定番号	居宅介護支援(東京都 1371216621号)
サービスを提供する地域 *	奥沢、玉川田園調布、等々力、尾山台、玉堤、東玉川中町、上野毛、野毛全域

* 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	常勤	非常勤
管理者	1名(兼務)	
主任介護支援専門員	1名(兼務)	
介護支援専門員	1名以上	

(3) 営業時間

平日	午前9時～午後5時
土・日・祭日	休業

※緊急連絡先 : 03-5760-6245

※営業時間外、休業日は「03-5760-6245」で転送対応となります。

3 居宅介護支援の申し込みからサービス提供までの流れと主な内容

① ご訪問 利用者・家族の状況を介護支援専門員が聞き取りし、適切なプランを考案します。
② ケアプランの作成・ご契約 利用者に合ったケアプランを作成いたします。
③ 介護保険サービスのご利用 提案したサービス内容でご了解が得られた場合には、それぞれのサービス提供事業者を紹介し、サービス利用ができるように連絡調整をいたします。

4 利用料金

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるので自己負担はありません。

* 保険料の滞納等により、保険給付金が直接事業者を支払われない場合、1カ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当社からサービス提供証明書を発行いたします。

このサービス提供証明書を後日世田谷区の窓口に提出しますと、全額払戻を受けられます。

(要介護1・2) 12,380円 (要介護3～5) 16,085円

(2) 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域へ介護支援専門員がおたずねする場合には、交通費の実費が必要です。

(3) 解約料

利用者はいつでも契約を解約することができ、一切料金はかかりません。

(4) 支払い方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収証を発行します。
お支払方法は、現金集金もしくは銀行振込みとさせていただきます。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。
契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。その場合は、終了1カ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

a 利用者が介護保険施設等に入所した場合

b 介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、非該当(自立)もしくは要支援1. 2 認定された場合

※ この場合、条件を変更して再度契約することができます。

c 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者やその家族等が当社や当社の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6 当社の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の理念・方針

① 利用者ご本人の願いや希望を受けとめます。

② 介護者の気持ちを受けとめます。

③ 住み慣れた地域との関係を維持・継続できるよう月1回自宅を訪問しモニタリングを実施しケアマネジメントします。

④ 利用者の自立を支援します。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

① 居宅サービス計画の作成方法

身体機能、精神心理、社会環境の側面から、利用者の状況を総合的に捉え、居宅サービス計画を作成します。

② 相談受付場所

利用者のご自宅、または利用者（または家族）が指定される場所。もしくは、当事業所内の相談室。

③ サービス担当者会議の開催

利用者にサービスを提供する指定居宅サービス事業者の担当者や主治医等との会議を開催し、常に提供するサービスの質の向上に努めます。

(3) その他

事 項	有無	備 考
介護支援専門員の変更	有	変更を希望される方はお申し出ください
調査（課題把握）の方法	有	全社協在宅版ケアプラン作成方法検討委員会作成方式による
介護支援専門員への研修の実施	有	年3回以上実施します
契約後、居宅サービス計画の作成段階途中で利用者のご都合により解約した場合の解約料	無	前記4の(3)参照

7 サービス内容に関する苦情

当社の居宅介護支援に関するご相談・苦情および居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

① 当社

ケアプラン九品仏
苦情受付担当 種田 裕也 電話 03-5760-6245

② 当社以外に、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

世田谷区 玉川 総合支所
担当 保健福祉課 電話 03-3702-1894
世田谷区 世田谷総合支所
担当 保健福祉課 電話 03-5432-2850
世田谷区 砧 総合支所
担当 保健福祉課 電話 03-3482-8192
世田谷区 烏山総合支所
担当 保健福祉課 電話 03-3326-9632
世田谷区 北沢総合支所
担当 保健福祉課 電話 03-3323-9907
世田谷区保険福祉サービス苦情審査会
事務局 電話 03-5432-2605
東京都保健福祉局
担当 介護保険相談窓口 電話 03-5320-4597
東京都国民健康保険団体連合会
担当 苦情相談窓口 電話 03-6238-0177

8 当社の概要

名称・法人種別	合同会社アクシブ
代表者役職・氏名	代表社員 種田 裕也
本社所在地・電話番号	東京都世田谷区奥沢7丁目18番1号
定款の目的に定めた事業	1、介護保険法に基づく居宅介護支援事業 2、介護保険法に基づく居宅サービス事業 3、介護移送サービス関連の事業 4、その他これに付随する業務
各事業	居宅介護支援 1カ所

9 虐待防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者(担当者)を選定します。
虐待防止に関する責任者(担当者)： 種田 裕也
- ② 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果について職員に周知徹底を図っています。
- ③ 虐待防止のための指針の整備をしています。
- ④ 職員に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施しています。サービス提供中に、当該事業所職員又は養護者(現に養護している家族・親族・同居人等)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを地域包括支援センター等に通報します。

10 守秘義務について

当事業所の職員が業務上知り得た利用者やその家族の個人情報、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。また、個人情報の使用や提供は、サービス担当者会議、医師などとの連絡協議等必要最小限とします。

11 事故発生時の対応方法について

利用者に対する指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、世田谷区、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対する指定居宅介護支援の提供により損害賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

12 記録の整備

当事業所は、利用者に対する指定居宅介護支援の提供に関する記録を整備し、サービス提供を終了した日から5年間保存します。

13 衛生管理等

事業所において感染症が発生し、又は蔓延しないように、次に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症の予防及び蔓延防止のための対策を検討する委員会を概ね6か月に1回以上開催するとともに、その結果について職員に周知徹底します。
- ② 職員に対し、感染症の予防及び蔓延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

14 業務継続計画(BCP)の策定等について

- ① 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定居宅介護支援の提供を継続的に実施する、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るためのBCPを策定し、その内容に沿って必要な措置を講じます。
- ② 職員に対し、BCPに従って必要な措置を講じます。
- ③ 定期的にBCPの見直しを行い、必要に応じてBCPの変更を行います。

15 ハラスメント対策

- ① 事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。
- ② 利用者又は家族、その他関係者が事業所の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者に対して契約書および本書面を交付し重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

事業者

所在地 東京都世田谷区奥沢7丁目18番1号
名称 合同会社アクシブ
代表社員 種田 裕也 印

説明者 所属 ケアプラン九品仏
氏名 印

私は、契約書および本書面の交付を受け、事業者から居宅介護支援についての重要事項の説明を受け、受領しました。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄)