

重要事項説明書(居宅介護支援サービス)

居宅介護支援のサービス提供の開始にあたり、厚生省第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	ケアソリューション株式会社
事業者の所在地	東京都八王子市七国6-35-1
法人種別	営利法人
代表者名	梅本 勝也
電話番号	0426-36-8794
指定年月日	平成22年2月1日
指定番号	1375200480

2、ご利用の事業所

事業所名称	ケアソリューション居宅介護支援事業所
事業者の所在地	東京都あきる野市五日市27-1
管理者氏名	濱中 明美
電話番号	042-588-5871
ファクシミリ番号	042-588-5872
指定事業所番号	1375200480

3、御利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類	東京都知事の事業者指定		利用定数	市町村基準該当サービス
	指定年月日	指定番号		
訪問介護サービス	2010年2月1日	1375200498	なし	非該当
訪問看護サービス	2023年11月1日	1365290061	なし	非該当

4、事業の目的と運営の方針

事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、有する能力に応じ自立した日常生活を営む事が出来るよう、居宅介護支援を提供する。
施設運営の方針	「利用者・家族のしあわせと思いやり」をモットーに、お客様の心身の状況、その他置かれている環境等に応じたサービスの提供。

5、職員の種別、人数及び職務内容

従業者の職種	員数	区分	事業所の指定基準	資格
管理者	1	常勤兼務	2	介護支援専門員
介護支援専門員	5	常勤専従	4	介護支援専門員
介護支援専門員	0	常勤兼務	0	介護支援専門員
介護支援専門員	1	非常勤	2	介護支援専門員

6、職員の勤務体制

従業者の職種職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯(9:00~18:00)常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(9:00~18:00)常勤で勤務	4週8休
介護支援専門員	正規の勤務時間帯(9:00~18:00)非常勤で勤務	

7、営業日

営業日	月～金ただし、祝日及び8月13日～8月15日まで、12月29日～1月3日を除く。
営業時間	9時～18時 その他応相談

8、居宅介護支援サービスの概要

種類	内容	提供方法	利用料
要介護認定の申請代行	介護保険被保険者の要介護認定の申請	行政機関への書類申請	全額公費
サービス計画の立案	居宅サービス計画書(ケアプラン)の作成	作成した書類の内容を説明し提供する。	全額公費
情報提供	介護保険施設への紹介、その他必要な情報の提供。	書面もしくは、口頭にて提供	全額公費
連絡調整	その他、介護事業者、医療機関との連携	書面もしくは、口頭にて提供	全額公費

9、事業の実施地域

実施地域	あきる野市・日の出町・檜原村
------	----------------

10、苦情申し立て先

御利用相談室	窓口担当者	御利用日	時間	電話	携帯
ケアソリューション	濱中 明美	月～金	9時～18時	042-588-5871	090-9362-4799
あきる野市役所	高齢者支援課	月～金	9時～17時	042-558-1969	
国民健康保険連合会	介護相談指導課	月～金	9時～17時	03-6238-0173	

11、協力福祉機関及び医療機関

小机クリニック	あきる野市小中野160	042-596-3908
---------	-------------	--------------

私は、本書面に基づいて乙の職員(職名 介護支援専門員 氏名)から、
上記重要事項の説明を受けた事を確認します。

令和 年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

利用者家族等 住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____