クリオケアセンター居宅介護支援事業所

重　要　事　項　説　明　書

令和８年10月１日版

居宅介護支援のご利用に先立ち、株式会社ＣＣＣが運営する、クリオケアセンター居宅介護支援事業所の支援内容や、事業所の特徴などについて、ご説明いたします。

１．私たちが大切に思うこと

ご利用者様が、ご自宅での日々を安心して過ごされますよう、またご自分らしい自立した生活に一歩でも近づけますよう、私たちは心を込めてお手伝いさせていただきます。ご利用者様たちとの出会いを大切に、私たち自身が、そして自分の大切な家族が受けたいと思う、きめ細やかな支援をご提供させていただきます。

２．事業所の概要

事業所名／指定番号	クリオケアセンター居宅介護支援事業所 ／ １３７１４０５６２０
所在地	〒１６４−００１１　　東京都中野区中央５−８−１１　３階
電話／FAX	（電話）０３−５３２８−７３０１　／　（FAX）０３－５３４１－８６２８
Email／HP	infoccc@csekk.jp　／　www.chriocare.com
事業者（法人）	株式会社ＣＣＣ　代表取締役　林　ベラ　（所在地は事業所と同じ）
設立年月日	２０１１年１１月１日

３．居宅介護支援提供地域

中野区	上鷺宮を除く全域
杉並区	方南、和泉、和田、堀ノ内、松ノ木、梅里、高円寺南、高円寺北、阿佐谷南、阿佐谷北、成田西、成田東
新宿区	中落合１～３丁目、上落合、西落合１～３丁目、中井、北新宿、西新宿５丁目
渋谷区	本町、初台、幡ヶ谷２・３丁目、笹塚２・３丁目

※　この地域以外にお住まいの方もご相談ください。

４．職員体制と職務内容

管理者　　１人（介護支援専門員を兼務）

【職務内容】従業者の管理、利用申込みに関する調整、業務の実施状況の把握、その他管理業務

介護支援専門員　　３人（常勤１人、非常勤２人）

【職務内容】事業の実施

５．営業日及び営業時間

営業日：　毎週月曜日から金曜日（祝日と１２月３０日～１月３日は休業）

営業時間：　午前９時３０分から午後５時３０分

※　緊急の場合は営業日時に関わらず連絡が可能です（緊急連絡番号　０３−５３２８−７３０１）

６．居宅介護支援の内容

居宅介護支援に関する各種サービス等を提供いたします。主なものは次の通りです。

（１）状況の聞き取り（アセスメント）

ご利用者様のご自宅を訪問し、ご利用者様やご家族様と面接し、ご利用者様の現在の状況等を伺い、ご利用者様が自立した日常生活を営むために解決すべき課題を把握します。

（２）サービス選択のための情報の提供・居宅サービス計画（原案）の作成

ご利用者様やご家族様に、利用可能なサービスの内容や利用料等をお知らせし、アセスメントの結果とご利用者様やご家族様のご意向を含めて、居宅サービス計画の原案を作成します。

（３）サービス担当者会議

ご利用者様やご家族様に公正中立な立場でサービス事業者を提示した上で、居宅サービス計画（原案）に位置付けたサービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、居宅サービス計画（原案）をもとに、サービスの内容を検討します。

（４）ご説明とご同意

サービス担当者会議で検討した結果を踏まえ、居宅サービス計画について改めてご説明し、ご同意をいただいて、正式な居宅サービス計画として決定、計画書をお渡しします。また、計画に位置付けたサービス等の事業所にも写しを交付します。

（５）状況の把握（モニタリング）

居宅サービス計画の作成後は、計画に位置付けたサービス事業者等と継続的に連携を図るほか、特段の事情がある場合を除き、少なくとも一月に一回、ご利用者様のご自宅を訪問し、計画の実施状況を継続的に把握していきます。

（６）ご利用者様およびご家族様からの相談対応

７．身分証明書の携行

介護支援専門員及びサービス提供担当者等は身分証明書を携行し、訪問時及びご利用者様又はそのご家族から求められた時は提示します。

８．料金

居宅介護支援の利用料とその他の費用は次の通りです。

（１）法令に定める利用料（介護保険適用分）・・・詳細は別紙「居宅介護支援サービス料金表」の通りです。

※ほとんどのご利用者様は、居宅介護支援サービスに係る費用の自己負担はありません。

（２）サービス提供地域を超えてサービスを提供する場合の交通費の実費相当額

※交通費等が必要となる場合には、事前にご説明いたします。

（３）支払方法

料金が発生する場合、月ごとの精算とし翌月末までにお支払下さい。お支払いただきますと領収証を発行します。お支払は、当社指定口座へのお振込、もしくは現金でお支払下さい。

９．緊急時の対応と連絡

（１）訪問したときに、ご利用者様が緊急を要するような状態、例えば怪我をしており医療機関に搬送しなければならない状態ときは、ご利用者様の人命・安全を最優先に速やかに対応し、ご家族への連絡前に救急対応することがあります。

（２）上記の場合、緊急対応のあと、ご家族又は緊急連絡先に連絡します。
（３）緊急時は２４時間連絡が可能です。

１０．居宅介護支援の記録

支援を提供した際は、その内容等を記録し、支援が完結した日から２年間保管いたします。
これら記録のほか、様々な文書につきましては、ご本人様あるいはご本人様の正式な代理人にあたる方は、閲覧や写しのお渡しが可能です。なお、コピー費用など実費をご負担いただく場合がありますので、ご了承ください。

１１．居宅介護支援の終了

（１）ご利用者様のご希望で居宅介護支援を終了する場合
支援終了日の１ヶ月程度前にお申し出ください。
（２）事業者の事情により居宅介護支援を終了する場合
支援終了日の１か月前までに文書でお知らせします。また、他事業者へ円滑に引き継ぎができるよう対応させていただきます。
（３）次の場合には、以下の定める日に自動的に終了します。
・ご利用者様が介護施設等に入所した日
・ご利用者様が介護保険被保険者資格を喪失した日
・ご利用者様の要介護認定区分が要支援または非該当（自立）と認定された日

１２．虐待の防止

株式会社ＣＣＣは、従業者による虐待を防止するため、様々な研修を行っています。
また、ご利用者様が、サービス事業所の従事者、又は家族や同居人、その他により虐待を受けている疑いがある場合、速やかにこれを市区町村に連絡します。

１３．個人情報の保護と守秘義務

私たちは、ご利用者様やご家族の個人情報を適切に取り扱うことは、介護サービスに携わる者の重大な責務と考えております。事業所が保有する個人情報に関し、適正かつ適切な取扱いに努め、個人情報に関連する法令その他関係法令を遵守いたします。また守秘義務は、契約の終了後も期限を定めずに履行されます。

１４．感染症対策

感染症の予防及びまん延を防止するため、以下の対応をいたします。
（１）感染症の予防及びまん延防止の責任者を決め、従業者に対する研修及び訓練を実施します。
（２）その他委員会の開催や指針整備等、感染症の予防及びまん延防止に必要な措置を講じます。

１５．非常災害対策

非常災害、その他の緊急事態に備えて責任者を決め、具体的な対応計画を定め、研修及び訓練を実施します。また、常に連携機関と連絡を密にし、必要な措置を講じます。

１６．事故への対応

・万一事故が発生したときは、ご利用者様の人命・安全を最優先に、速やかに対応いたします。

・また、ご指示いただきました緊急連絡先のほか、関係する介護サービス事業所、ご利用者様がお住まいの保険者（区役所）、事業所所在地の中野区役所等へ必要に応じて報告するとともに、事故の内容と対応状況等を記録し、サービス提供の記録と同様に、その完結した日から２年間保管いたします。

・事故により事業所が負うべき賠償の責任が生じた場合は、速やかに賠償をいたします。

（保険加入済）

１７．賠償責任

事業者は、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、その損害を速やかに賠償します。

１８．相談・苦情

クリオケアセンター居宅介護支援事業所のご利用に関して、ご相談やお問い合わせ、また苦情がございましたら、私共までご遠慮なさらずにお申し出ください。より良いサービスを提供するため、ご意見やご感想をお願いいたします。なお、相談・苦情の内容等は、支援の記録と同様に、その完結した日から、書面は２年間、電子媒体は５年間保管いたします。

（１）クリオケアセンター居宅介護支援事業所　お客様相談・苦情窓口

担当者：北村　京子　　電話　：　０３－５３２８－７３０１

（２）他の苦情・相談窓口　（区市町村の相談・苦情窓口等に苦情申し出ができます）

①　中野区：中野区役所介護保険担当課

電話　：　０３－３２２８－８８７８

②　杉並区：介護福祉部　介護保険課

電話　：　０３－３３１２－２１１１

③　渋谷区：介護保険課　介護相談係

電話　：　０３－３４６３－３３０４

④　東京都：東京都国民健康保険団体連合会　介護保険部相談指導課

電話　：　０３－６２３８－０１７７

１９．第三者評価の受審状況について

当事業所は、現時点において第三者評価を受審しておりません。

今後の受審については、状況に応じて検討してまいります。

年　　月　　日

以上のとおり、重要事項を説明いたしました。

（法人）　所在地：東京都中野区中央５−８−１１　３階

法　人：株式会社ＣＣＣ　代表取締役　林　ベラ

（事業所）所在地：東京都中野区中央５−８−１１　３階

事業所：クリオケアセンター居宅介護支援事業所　指定番号：１３７１４０５６２０

（説明者）　氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　※ケアマネージャーを担当させていただく予定です

【入院される時はケアマネージャーの名刺を必ずご持参ください】

本書面により重要事項の説明を受け、内容に同意し、交付を受けました。

（利用者）　氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名代行人）私は、利用者本人の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。

署名代行の理由：□手が不自由　　□疾病　　□その他（　　）

署名代行者　氏　　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

本人との関係：＿＿＿＿＿＿