

居宅介護支援 重要事項説明書

社会福祉法人緑水会
桧原苑居宅介護支援事業所

居宅介護支援重要事項説明書

(令和8年4月1日 現在)

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： 042-598-0333 (営業日の9:00～18:00)

担当： 管理者：島崎 一司
介護支援専門員：島崎 一司
ご不明な点は、何でもおたずねください。

2. 桧原苑居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

事業者名称	桧原苑居宅介護支援事業所
所在地	東京都西多摩郡檜原村5650番地8
介護保険法 指定番号	指定居宅介護支援 (東京都指定 第1372400851号)
サービスを提供する地域	檜原村 上記地域以外の方でも都度ご相談には応じます。

(2) 職員体制

	常勤	兼務	業務内容	計
管理者	1		事業所管理・居宅介護支援	1
介護支援専門員	1		居宅介護支援	1

(3) 営業日・時間

月～金曜日	9:00～18:00
土・日・祝祭日	原則として緊急の電話受付対応相談のみ
休業日	12月29日～1月3日

3. お申し込みからサービス提供までの流れ

項目	サービス内容
お申し込み	電話相談、来訪相談、申し込み受付
訪問調査・面接・説明・契約	介護支援専門員が申込者の居宅を訪問し、ご利用者及びその代理人に面接し、支援する上での課題の把握・分析・希望等を伺います。同意及び契約書の取り交わしを行います。
居宅サービス提供	サービス提供事業者によるサービス提供。

情報提供 サービス計画作成 事業者連絡調整	当該地域における指定居宅サービス事業者に関するサービスの内容等の情報を提供し、サービスの選択を求め、ご利用者及びその代理人の同意のもと、サービス事業者等との連絡調整を行い、居宅サービス計画の作成と同意を得ます。同意においてご利用者が署名捺印に応じがたい場合は、支援記録を電磁的に保存する事でこれに代える事といたします。またご利用者やその代理人は居宅サービス事業者について複数の事業所の紹介やプランに位置付けた内容の理由を求めることができます。尚、過去6か月間の各サービス利用割合及び同一事業者割合についても説明を行います。
訪問・電話連絡・連絡調整	原則として月1回以上の訪問及び電話連絡等を行い、計画の変更、連絡調整、その他の便宜を図ります。

4. 利用料金

- (1) 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、月額に応じた所定金額を申し受け、当事業者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介護保険料納付後、保険者の窓口に提出しますと、全額払い戻しを受ける事ができます。
- (2) 交通費
原則前記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。それ以外の地域の方は、介護支援専門員がお尋ねするための交通費の実費を申し受けます。
- (3) 解約料
ご利用者及びその代理人は文書で事業者へ通知する事で、契約を解約することができます。尚、解約料等の料金は、一切料金はかかりません。
- (4) 要介護認定申請代行費
要介護認定の申請の代行を希望される方は、お申し出ください。申請の手続きを代行いたします。ただし、申請手続き等に要する交通費等の実費を申し受けます。
- (5) 支払い方法その他
料金が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月20日までに前月分のご請求をいたしますので、当該月末までにお支払いください。お支払いいただきますと、領収書を発行いたします。お支払い方法は、指定金融機関口座振込み、または現金支払いのどちらかをお選びください。

5. サービスの利用方法

- (1) サービスの利用開始
まずは、お電話等でご連絡ください。当事業所の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ご利用者及びその代理人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る事により、解約出来ます。

②当事業者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ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域のほかの居宅介護支援事業者をご紹介します。

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。

- ・ご利用者が介護保険施設に入院、入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたご利用者の要介護認定区分が、要支援または非該当（自立）と認定された場合
- ・ご利用者がお亡くなりになった場合
- ・ご利用者の介護給付を伴うサービスの利用が、3か月以上無く、かつその後3か月以上利用の予定のない場合

④その他

事業者は、次の事項に該当するご利用者及び代理人により、事業者及び事業者の使用する者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為があった場合、文書で通知することにより、やむを得ず直ちにこの契約を解約することができます。

- ・事業者の使用する者に対し、ご利用者及びその代理人が身体的傷害を与えた場合
- ・事業者の使用する者に対し、ご利用者及びその代理人が度重なる威嚇・脅迫等により精神的苦痛を与えた場合
- ・ご利用者及びその代理人により、故意による設備破損、公序良俗に反する行為、セクシャルハラスメントや反社会的行為が行われた場合
- ・その他、ご利用者及びその代理人による背信行為により、サービス提供に深刻な影響が生じた場合

6. 当事業所の居宅介護支援の特徴等

(1) 運営の方針

法人の基本理念に則り、ご利用者一人ひとりのニーズと意思を尊重し、常にご利用者の立場に立って、ご利用者に提供されるサービス等を公正中立な立場で調整し、生活の質の向上に努めます。

(2) 居宅介護支援の実施概要等

ケアプラン作成のアセスメントツールは、事業者独自のものをを用いて行います。

(3) サービス提供向上のために

介護支援専門員の質向上のため研修を随時行い、サービスの向上に努めます。
介護支援専門員の変更、交代をご希望される方は、いつでもお申し出ください。

(4) ハラスメント対策の強化

職場において行われる性的、優越的言動の防止について適切な措置を講じます。

また、ご利用者及びそのご家族からのハラスメントが見られた場合にも同様の措置を講じます。

(5) 高齢者虐待防止及び身体拘束廃止対策の推進

高齢者の人権を擁護する為、虐待防止と身体拘束廃止を推進致します。この為、法人内における研修参加や関連委員会に出席、対策の参画にも努めます。

(6) 事業の継続化への対応

災害や感染症拡大等における事態に対し、事業継続計画（BCP）によりサービスの安定性・持続可能性を高める事に努めます。

7. 秘密の保持

(1) 事業者、介護支援専門員及び事業者の使用する者は、サービス提供をする上で知り得たご利用者及びその代理人に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、ご利用者の有する問題や解決すべき課題等について、情報を共有するため個人情報を活用しますが、ご利用者及びその代理人からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議において使用したり、第三者に提供しません。

8. 事故発生時の対応

(1) 事業者は、ご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には速やかに介護保険者、代理人等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

(2) 事業者は、前項の事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するものとします。

(3) 事業者は、ご利用者に対する指定居宅介護支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

9. サービス内容に関する相談・苦情

事業者は、ご利用者からの相談、苦情に対する窓口を設置し、自ら提供した指定居宅介護支援又は居宅サービス計画に位置づけた指定居宅サービス等に関する利用者の要望・苦情等に対し、迅速かつ適切に対応します。

(1) 当事業所ご利用者相談・苦情担当

・担当窓口： 管理者 島 崎 一 司
電 話 042-598-0333

(2) 第三者委員 ① 野 村 法 秀
電 話 042-598-0169

② 三 谷 泰 子
電 話 042-588-5248

(3) 檜原村福祉けんこう課福祉係
電 話 042-598-3121

(4) 国民健康保険団体連合会
電 話 03-6238-0011

10. 当事業所の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 緑水会
代表者職・氏名	理事長 岡部 義和
本部所在地	〒190-0214 東京都西多摩郡檜原村5650番地8 電 話：042-598-0333
当法人が行っている事業	1. 特別養護老人ホーム 桧原苑 2. 短期入所生活介護 桧原苑 3. 桧原苑居宅介護支援事業所 4. 障害福祉サービス事業 就労センターひのきのその 5. 地域活動支援センター 精神障害者地域生活支援センターフィレ 6. 相談支援事業 精神障害者生活支援センターフィレ (以下余白)

重要事項説明同意書

指定居宅介護支援の提供にあたり、ご利用者及びその代理人に対して契約書及び本書面に基いて重要な事項を説明しました。

令和 年 月 日

＜事業者＞

所在地 〒190-0214 東京都西多摩郡檜原村5 6 5 0 番地8
 名称 桧原苑居宅介護支援事業所
 管理者 島 崎 一 司 印

説明者 所 属 担当介護支援専門員

氏 名 島崎 一司 印

私は、契約書及び本書面に基いて、事業者から居宅介護支援事業についての重要事項の説明を受け同意しました。

＜利用者＞

住所 西多摩郡檜原村

氏 名 _____ 印 _____

<代理人>

住所

氏 名 _____ 印 _____

関 係