

居宅介護支援事業所重要事項説明書
(令和7年4月1日現在)

1. クローバーケアサービスつる居宅介護支援事業所が提供するサービスについての
相談窓口および相談日等

電 話 0 5 5 4 - 5 6 - 7 7 1 0
F A X 0 5 5 4 - 5 6 - 7 6 7 7
相 談 日 月曜日～金曜日（ただし、祝日、12/29～1/3を除く）
相 談 時 間 午前9時～午後6時（緊急時は転送電話にて24時間対
応）

2. 事業所の概要

事 業 所 名 クローバーケアサービスつる
所 在 地 山梨県都留市下谷 2441-1
事業所の指定番号 1971100431
サービスを提供する
通常の事業実施地域 都留市・大月市

3. 業務従事者

	業務内容制	員数
管 理 者	本事業所の介護支援専門員、その他の従業員の管理、指導命令等を行う。	1名
介護支援専門員	要介護者からの相談に応じ、サービスが適切に利用できるよう、種類、内容等の計画を作成するとともに事業者との連絡調整を行う。	3名以上

4. 事業の目的および運営の方針

事業の目的

要介護者の心身の状況、そのおかれている環境等に応じて、本人や家族の意向等を基に、居宅サービスまたは施設サービスが適切に利用できるよう、サービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、適切なサービスの提供が確保されるよう指定居宅サービス事業者、介護保険施設等との連絡調整その他の便宜の提供を行うことを目的としています。

運営の方針

利用者様が要介護状態になった場合においても可能な限り居宅においてその有する能力に応じ、自立した日常生活を営むことができるよう、利用者様の心身の状況やその置かれている環境等に配慮し、利用者様の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが多様な事業者から、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。

利用者様は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介することを求めることができます。また、選定した指定居宅サービス事業者等の選定理由の説明を求めることができます。

当事業所は利用者様の求めに対し懇切丁寧に説明を行い公正中立なケアマネジメントに努めます。

当事業所のケアプランの訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の利用状況は別紙のとおりです。

5. 提供するサービスの内容と料金

・居宅サービス計画の作成と各サービス提供事業者との調整

居宅サービス計画の作成と各サービス提供事業者との調整提供方法課題分析を行ったうえで利用者様のニーズを把握し、居宅サービス計画を作成します。また、各サービス利用に関する事業者との調整を行い、必要に応じて保健福祉等の関係機関との連絡調整を行います。

当事業所は、特定事業所加算Ⅱの算定事業所として質の高いケアマネジメントを行うように努めます。

・サービス実施状況及び課題の把握

月に1回程度介護支援専門員が家庭訪問し、サービスの内容が適切かどうかの話し合いをします。

・給付管理

介護保険を利用して受けられるサービスについて、実際にサービスが受けられる範囲やサービスの種類等について調整し、サービスが計画通りに提供されたか等を確認して、給付管理を行います。

・相談の対応

介護保険や介護に関することなら、何でもご相談をお受けします。

料金

利用料等

※介護保険が適用される場合は、利用料を支払う必要はありません。

(全額介護保険により負担されます。)

※ただし、介護保険料の滞納がある場合は、料金をいただきます。その際に指定居宅介護支援提供証明書を発行いたします。この指定居宅介護支援提供証明書を後日、お住まいの市町村の担当窓口へ提出し要件

を満たしますと全額払い戻しが受けられます。

交通費等

利用者様が通常の事業実施地域以外の遠隔地におられる場合は、交通費の実費をいただく場合があります。該当される方は、後日詳細を説明させていただき納得の上ご利用していただきます。

6. サービス利用に際してのお願い

職員に対する暴言・暴力・パワーハラスメント・セクシャルハラスメントなどの行為により、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解約することもあります。

7. 解約

- 1) 利用者様は当事業所に対して、解約のお申し出をいただくことによって、この契約を解約することができます。ただし、緊急の入院など、やむを得ない場合はこの限りではありません。
- 2) 事業の廃止などやむを得ない事情がある場合は、ご利用者様に対して契約終了日1ヶ月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解約することがあります。この場合、他の居宅介護支援事業者に関する情報をお伝えするなど、継続して介護保険のサービスを受けることができるよう手配いたします。

8. 契約の終了

次の場合には自動的に契約は終了します。

- 1) 利用者様が介護保険施設に入所した場合。
介護保険施設等入所に当たっては、必要な支援を行います。
- 2) 利用者様が要介護でなくなった場合。
地域の保健福祉一般施策の情報提供等の支援を行います。

9. プライバシーの保護

- 1) 当事業所は、サービスを提供する際に、知り得た利用者様およびそのご家族に関する情報を正当な理由なく、第三者には漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2) 当事業所は、利用者様から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者様の個人情報を用いません。
- 3) 当事業所は、利用者様のご家族から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該ご家族の個人情報を用いません。
- 4) 当事業所は、利用者様本人の求めに応じて、個人の情報の開示を行います。ただし、やむを得ない事由により利用者様本人以外が求める場合は、ご本人の同意書をもって対応いたします。

- 5) 当事業所は、利用者様について病院または診療所に入院する必要が生じた場合には、利用者様に係る介護支援専門員の氏名および連絡先を病院または診療所に伝えるように求めるものとします。

1 0. 事故発生時の対応

- 1) サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに家族や市町村（保険者）に連絡するとともに、その他必要な場合には、主治医に連絡を取るなど必要な措置を講じます。
- 2) サービス提供に当たって、当事業所の責に帰すべき理由により生命、身体財産等に損害を及ぼした場合には、誠意をもって対応いたします。

1 1. 虐待防止

当事業所は、利用者の人権の擁護、虐待の発生又はその再発を防止するため次の措置を講ずるものとします。

- 1) 虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、その結果について従業者への周知徹底を図ります。
- 2) 虐待防止のための指針を整備いたします。
- 3) 虐待を防止するため定期的に研修を実施いたします。
- 4) 前号に掲げる措置を適切に実施するため、責任者及び担当者を設置します。
- 5) 虐待が発生した場合は「高齢者虐待防止マニュアル」に基づき対応いたします。

1 2. 衛生管理

当事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の号に掲げる措置を講ずるものとします。

- 1) 当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会をおおむね6カ月に1回以上開催するとともに、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- 2) 当事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備いたします。
- 3) 当事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

1 3. 事業継続計画の策定

当事業所は、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ための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずるものといたします。

- 1) 当事業所は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- 2) 当事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続

計画の変更を行うものとします。

1.4. 相談・苦情窓口

次のことについて、ご相談や苦情等がございましたら、各担当窓口まで
ご遠慮なくお申し出ください。

- ① 当事業所が提供するサービスについて。
- ② 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。

当事業所苦情・相談窓口

担当者 鈴木 清美

解決者 別府 幸二

電話番号 0554-56-7710 F A X 0554-56-7677

その他の相談窓口

都留市福祉保健部

長寿介護課介護保険担当 電話番号 0554 - 46 - 5118
(8:30～17:15)

大月市市民生活部

保健介護課介護保険担当 電話番号 0554 - 23 - 8035
(8:30～17:15)

道志村住民健康課

介護保険担当 電話番号 0554 - 52 - 2113
(8:30～17:00)

西桂町福祉保健課

介護保険担当 電話番号 0555 - 25 - 2121
(8:30～17:15)

山梨県国民健康保険団体連合会 毎週水曜日

(9:00～16:00) 電話番号 055 - 233 - 9201

居宅介護支援の提供開始に際し、利用者様に対して本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

事業所

所在地 山梨県都留市下谷 2441-1

名 称 クローバーケアサービスつる

説明者 _____ 印

私は、本書面により、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ました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印

利用者との関係 _____

代筆の理由 _____