社会福祉法人ファミリー

指定居宅介護支援事業者

ケアステーションハピネスもとき

重要事項説明書

〔2026 年 6 月 1 日改正〕

当事業者は、契約を締結したご利用者に対して居宅介護支援サービスを提供します。

事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明をします。

１　事業者の概要

（１）事業者名および所在地

事業者名	社会福祉法人ファミリー　ケアステーションハピネスもとき
代表者	理事長　佐藤　和夫
所在地	東京都足立区本木 1-14-13
電話&FAX	電話　03〈5650〉4834　　FAX　03〈5650〉4835
管理者	渡邉　理香
介護保険 指定事業者番号	当事業者は介護保険の指定を受けています。 （東京都指定　第 1372115053）
その他事業	

（２）提供できるサービスの地域　＊下記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

サービスを提供する地域	関原・扇・興野・本木・本木東町・本木西町・本木南町・本木北町 梅田２～８丁目

（３）職員体制

区分	常勤	計
管理者	１名	１名
介護支援専門員	１名以上	１名以上

（４）営業時間

月曜日～金曜日（祝日除く）9 時 00 分～18 時 00 分（ただし、12/30～1/3 を除く

２　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

- ご利用者からのお電話等での相談、受付。
- ご利用者の居宅へ訪問し、ご利用者及びご家族等に面接し必要な情報を収集し解決すべき課題を把握します。
- 居宅サービス計画の作成にあたっては、利用者から介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画に位置付け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可能です。
- 居宅サービス計画が基本方針及び利用者の希望に基づき作成されるものであり、利用者は複数の指定居宅サービス事業者等を紹介するよう求めることが可能です。
- 提供されるサービスの目標、その達成時期、サービスを提供する上での留意点等の情報を適正にご利用者及びご家族に提供し、ご利用者にサービスの居宅サービス計画の原案を作成します。
- 指定居宅サービスについて、保険給付の対象となるか否かを区分した上で、必要と認められる場合には主治医と相談の上、各サービス事業所に連絡し、担当者会議を開催します。サービス計画を、ご家族に説明をさせて頂きご利用者から文書による同意を受けます。
- サービスを利用する際、指定事業者等との連絡・調整を図る上で、ご利用者およびご家族の個人情報を提供する場合があります。
- ご利用者が入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を医療機関等に対し伝えるよう依頼を行います。また、医療機関等から退院しようとする要介護者等から依頼があった場合には、円滑に居宅における生活へ移行できるよう、あらかじめ居宅サービス計画の作成等の援助を行います。
- その他、居宅サービス計画作成に関する必要な支援を行います。

３　利用料金

（１）利用料

居宅介護支援費　＊利用者様の負担はありません。国から報酬を得て事業を運営しております。(1 単位=11.40 円)

	単位	地域区分単価	金額（単位×単価）
要介護 1・2	1,086	11.40	12,380 円
要介護 3・4・5	1,411	11.40	16,085 円

加算　＊利用者様の負担はありません。国から報酬を得て事業を運営しております。(1 単位=11.40 円)

	算定要件	単位	金額 (単位×単価)
特定事業所加算Ⅱ	事業者配置基準等を満たした場合	421/月	4,799 円
特定事業所加算Ⅲ	事業者配置基準等を満たした場合	323/月	3,682 円
初回加算	新規及び要支援から要介護に移行した場合または要介護区分 2 段階以上変更時の計画算定時	300/回	3,420 円
通院時情報連携加算	医師の診察時に介護支援専門員が同席した場合	50/月	570 円
特定事業所加算 A	事業者配置基準等を満たした場合	114/月	1,299 円
介護職員等処遇改善加算	居宅介護支援費(加算含)の所定単位数に上乗せ /月	1000 分の 21(2.1%相当)を上乗	

（２）交通費

前記１項の（２）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、介護支援専門員が訪問するための交通費の実費が必要です。

（３）支払方法

交通費が発生する場合、月ごとの精算とし、毎月 15 日までに前月分の請求をいたしますので、末日までにお支払いください。お支払方法は、ご指定の金融機関より自動引き落としとさせて頂きます。お支払いいただきますと領収証を発行します。

４　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下さい。当事業者職員がおうかがいいたします。

契約を締結した後、サービスの提供を開始します。

（２）サービスの終了

① ご利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出くだされば、いつでも解約できます。

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

以下の場合は、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、非該当（自立）と認定された場合。この場合、条件を変更して再度契約することができます。
・ご利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

ご利用者やご家族などが当事業者の介護支援専門員に対して本契約を継続しがた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。

５　当事業所の居宅介護支援の特徴等

（１）運営方針

当事業者は、社会福祉法人ファミリーの在宅ケアサービスとして、高齢者や家族の方々が住み慣れた所で、地域に住む方々と一緒にいつまでも安心して暮らしていける、そんな街作りのお手伝いをしたいと思っています。そして、「利用者が、市民として有する権利を制限されることなく、安全かつ快適な環境で、自由で楽しい、充実した生活をすごしていただく」これが私たちのサービスへの思いです。

（２）サービス利用のために介護支援専門員の質の向上を目的とした定期的な研修を実施しています。

６　虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

７　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）ご利用者が事業者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。

ハラスメントの禁止

職員に対するハラスメント行為を防止することは、職員が安心して働くことができる環境づくりだけではなく、ご利用者の皆さまに、よりよいサービスを継続して利用していただけることにもつながります。

次のようなハラスメント行為は、職員の心身に影響を及ぼすばかりでなく、ご利用者ご自身のサービス提供に支障をきたすことにもなりかねません。ご利用者やご家族

と事業者の信頼関係があってこそ、よりよいサービスの提供が可能となります。職員が安心して働くことができる環境作りにご理解とご協力をお願いします。

①身体的暴力：身体的な力を使って危害を及ぼす行為

例：コップを投げつける／蹴られる／唾を吐く

②精神的暴力：個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為。

例：大声を発する／怒鳴る／特定の職員にいやがらせをする／「この程度できて当然」と理不尽 なサービスを要求する

③セクシュアルハラスメント：意に添わない性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為。

例：必要もなく手や腕を触る／抱きしめる／入浴介助中、あからさまに性的な話をする

職員に対するハラスメント行為が確認できた場合には、ハラスメント行為をした方の施設内への立ち入りを禁止させていただくなどの措置を講じる場合がございます。また、ハラスメント行為により、サービスの提供を継続することが不適当であると判断できる場合には、契約を解除させていただきますことをご了承ください。

８　事業継続計画

業務継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、ご利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施します。

９　衛生管理

感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応指針等を作成し掲示を行います。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質向上に努めます。

１０　サービス内容に関する利用相談、苦情の受付

① 当事業者のサービス利用相談担当（お気軽にご相談ください。）

〔利用相談担当〕＊ご希望により、担当を変更することができます。

〈担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ〉　　渡邉　理香

電話；　03-5650-4834

受付時間；月曜日～金曜日　9 時 00 分～18 時 00 分まで

② 当事業者への苦情受付窓口

〔苦情受付担当者〕

〈職名〉　管理者　〈氏名〉渡邉　理香

電話；03－5650－4834

受付時間；月曜日～金曜日　9 時 00 分～18 時 00 分まで

③ 当事業者への苦情解決担当

〔苦情解決責任者〕　〈職名〉ハピネスもとき施設長〈氏名〉佐藤　高之

電話；03－5650－4831

受付時間；月曜日～金曜日　9 時 00 分～18 時 00 分まで

＊ 苦情解決責任者は、苦情の申し出をされた方と話し合いによる、円滑な解決に努めます。

④ 当事業者以外に、市区町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

足立区役所介護保険課 事業者指導係	03(3880)5746
東京都国民健康保険団体連合会	03(6238)0177
足立区社会福祉協議会　基幹地域包括支援センター	03(6807)2460

１１　個人情報利用同意

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要最小限の範囲で使用することに同意します。

記

１．使用目的

（１） 介護サービスの提供を受けるに当たって、介護支援専門員と介護サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。

（２） 上記（１）のほか、介護支援専門員または介護サービス事業者との連絡調整のために必要な場合。

（３） 現に介護サービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩しまたはケガ等で病院へ行ったとき、医師または看護師に説明をする場合。

２．個人情報を利用する事業者

（１） 居宅サービス計画に掲載されている介護サービス事業者

（２） 病院または診療所（体調を崩しまたはケガ等で診療することとなった場合）

３．個人情報を利用する期間

介護サービス提供を受けている期間

４．使用する条件（介護サービス事業者の責務）

（１） 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては、関係者以外のものに漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

（２） 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等その経過を記録すること。

以上、社会福祉法人ファミリー指定居宅介護支援事業者
ケアステーションハピネスもとき重要事項の説明を受け、同意します。

年　　月　　日

【利用者】

〔氏　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【代理人】

〔氏　名〕＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【事業者】

〔住　所〕　東京都足立区本木 1-14-13

〔事業者〕　社会福祉法人ファミリー
ケアステーションハピネスもとき
理事長　佐藤　和夫　　印

【説明者】

〔氏　　名〕　渡邉　理香