

重要事項説明書

(居宅介護支援サービス)

あなたに対する居宅介護支援サービス提供開始にあたり、厚生省令第38号第4条に基づいて、当事業者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	社会福祉法人 和敬会
事業者の所在地	愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 太田 一平
電話番号	05362-2-0760

2 事業所の名称等

事業所の名称	まどかの郷 居宅介護支援事業所
事業所の所在地	愛知県額田郡幸田町大字野場字石荒23番地
管理者名	稲吉弘美
通常の実業の実施地域	幸田町内
電話番号	0564-63-1626
ファクシミリ番号	0564-63-1633

3 ご利用事業所であわせて実施する事業

事業の種類		愛知県知事の事業者指定			利用 定数
		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
施設	特別養護老人ホーム	令和2年4月1日	令和8年3月31日	2376000085	100人
居宅 (注※)	訪問介護	令和2年4月1日	令和8年3月31日	2376000168	
	通所介護	令和2年4月1日	令和8年3月31日	2376000176	35人
	短期入所生活介護	令和2年4月1日	令和8年3月31日	2376000184	空床利用
居宅介護支援事業		令和2年4月1日	令和8年3月31日	2376000077	105人

幸田町総合事業		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
居宅	訪問介護相当事業	令和6年4月1日	令和11年3月31日	2376000168	
(注※)	通所介護相当事業	令和6年4月1日	令和11年3月31日	2376000176	

(注※については訪問介護と訪問介護相当事業を一体的に行います。通所介護と通所介護相当事業を一体的に行います。)

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	まどかの郷 居宅介護支援事業所が行う指定居宅介護支援の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が、要介護状態又は要支援状態にある高齢者に対し、適正な指定居宅介護支援を提供することを目的とする。
運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、要介護者等の心身の特性を踏まえて、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に配慮して行う。 事業の実施にあたっては、利用者の心身の状況やその環境に応じて、利用者の意向を尊重し、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、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行う。また、利用者は必要な説明を求めることができる。 事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に偏ることのないよう公正中立に行う。 事業の実施にあたっては、関係市町村、老人介護支援センター、他の指定居宅介護支援事業者、介護保険施設との連携に努める。

5 職員体制

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格 (※印は兼務)
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
管理者	1		1			1	1.0	主任介護支援専門員※
介護支援専門員	3	2	1			3	1以上	介護支援専門員3名

介護支援専門員1人あたりの担当上限数は35名です。

(注) 職員数は令和4年6月1日です。

6 職員の勤務体制

従業者の職種	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

7 営業日および営業時間

営業日	毎週月曜日～土曜日（但し12月30日から1月3日までを除く）
営業時間	午前9時から午後6時まで

緊急時連絡体制

営業日：月～土 営業時間：9：00～18：00	電話 0564-63-1626
休日：（日曜日、12/30～1/3）と 夜間帯：18：00～翌朝9：00	営業日連絡と同じで、電話取次ぎによる対応後 折り返しご連絡いたします。

8 事業所の第三者評価について

第三者評価実施の有無	無
<p>第三者による評価とは、提供する福祉サービスの質を事業所及び利用者以外の公正・中立な第三者機関が専門的かつ客観的な立場から行った評価をいう。 （事業所内で行う内部監査や行政による指導監査は含まれない）</p>	

9 居宅介護支援サービスの概要

内 容	提供方法
相談及び援助	まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が利用者のご相談を承ります。
ケアプラン作成	課題分析票にMDS-HC2.0方式を使用します。
サービス担当者 会議	まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が必要時に 随時開催します。
居宅訪問	介護支援専門員が最低月1回利用者の居宅を訪問します。
入院時の対応	病院又は診療所に入院する必要がある場合には、介護支援専門員 の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所にお伝えください。

10 利用料

(1) 法定給付（詳細は【重要事項説明書別紙】のとおり）

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	介護報酬の告示上の額 (自己負担はありません)
法定代理受領でない 場合	介護報酬の告示上の額 (居宅介護支援サービスの基準額相当額)

(2) 法定外給付

区 分	利 用 料
通常の事業の実施地域を越えて行う居宅介護支援に要した交通費	・ 通常の実施地域を越えた地点から片道 5 k m 未満 1 回 3 0 0 円 ・ 通常の実施地域を越えた地点から片道 5 k m 以上 1 回 5 0 0 円

11 苦情等申立先

まどかの郷 居宅介護支援事業所	相談受付時間 管理者（ 稲吉弘美 ） 相談受付時間 年末年始 日曜除く 午前 9 時～午後 6 時 電話 0564-63-1626
幸田町役場 福祉課介護保険グループ	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-63-5117
岡崎市役所 介護保険課介護給付班	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0564-23-6682
西尾市役所 健康福祉部長寿課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0563-65-2119
東三河広域連合 介護保険課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 0532-26-8471
愛知県国民健康保険 団体連合会 介護保険課	相談受付時間 月～金曜日（土・日・祝日除く） 電話 052-971-4165

12 秘密の保持

<ul style="list-style-type: none">・まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、正当な理由がない限り、その業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を漏らしません。・まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が退職した後も、在職中に知りえた利用者及び利用者の家族の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。・まどかの郷居宅介護支援事業所の介護支援専門員は、利用者の個人情報を用いる場合は利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合は当該家族の同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者または利用者の家族の個人情報を用いませぬ。

13 事故発生時の対応

・まどかの郷 居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成した居宅サービス計画等の不備により万一事故が発生した場合、「身体・財物事故を伴わない経済的損失」を賠償補償します。

14 BCP の対応

契約時に伺っている緊急連絡先への電話確認をさせていただきます。

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 介護支援専門員 _____）から上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

利用者 住所 _____

氏名 _____ (印)

利用者の家族等 住所 _____

氏名 _____ (印)

続柄 _____

注 担当職員名については変更する可能性があります。

合意書

(以下、「甲」といいます。)及び社会福祉法人 和敬会 理事長 太田一平 (以下、「乙」といいます。)は、甲において、早急に居宅介護サービスを利用する必要があることに鑑み、乙が甲のために、甲の要介護(支援)認定の結果が出るまでの間の暫定的な内容の居宅サービス計画を作成することについて協議した結果、本日、以下のとおり合意に達したので本合意書を締結します。

第1条(目的)

この契約は、甲が介護保険法による法定代理受領サービスを要介護(支援)認定の結果が出る以前から受けるために、乙が甲のために、甲の要介護(支援)認定の結果が出るまでの間の暫定的な内容の居宅サービス計画(以下、「暫定居宅サービス計画」といいます。)を作成し、もって、甲の福祉を実現することを目的とします。

第2条(居宅介護支援業務の内容)

1. 乙の行う居宅介護支援業務の内容は、別紙添付のケアマネジメント契約書の各条項を準用いたします。

但し、ケアマネジメント契約書第6条第3項、第14条第2項、第15条、第16条第1項は、準用しないこととします。

また、ケアマネジメント契約書第7項第2項中、「サービス担当者会議の開催、居宅介護サービス等の担当者に対する照会等により」とあるのは、「居宅介護サービス等の担当者に対する照会等により」と読み替え、乙のサービス担当者会議の開催義務を免除するものとします。

2. 甲は、本合意書締結の日から14日以内に、暫定居宅サービス計画を作成するものとします。

3. 本契約の有効期間は平成 年 月 日～平成 年 月 日とします。

また、契約満了の日の7日以上前までに甲から書面による解約の申し出がない場合、この契約はさらに6ヶ月同一の内容で更新されます。

但し、有効期間中といえども、甲が要介護認定の申請をし、その結果が出た場合には、本契約は当然終了するものとします。

4. 甲は、乙が提供する居宅介護支援に対する利用料として以下に定める金員を支払います。

但し、乙が介護保険法に基づき、甲に代わって、右利用料に相当する保険給付を受領する場合にはこの限りではありません。

記

(一) 暫定居宅サービス計画作成の報酬

介護報酬の告示上の額

(居宅介護支援サービスの基準額相当額)

第3条(特記事項)

1. 甲の要介護（支援）認定の申請前になされたサービス（居宅サービス及び居宅介護支援サービス）の報酬については、原則、甲が負担することとなります。
2. 甲の要介護（支援）認定の申請後になされたサービス（居宅サービス及び居宅介護支援サービス）についても、甲の要介護（支援）認定の結果、自立と判定された場合や、想定されたよりも要介護状態区分が低い場合など、暫定契約の内容が支給限度額を上回った場合、保険給付の対象とならないサービスが生じる可能性があります。この場合、甲が、サービス事業者に対して、保険給付されないサービスにかかる費用の全額を自己負担するのが原則となります。
3. 乙は、前項のような事態が生じないように、甲の状態等も勘案し、過剰な居宅サービスを位置づけないよう暫定介護サービス計画を作成しなければなりません。
4. 乙は、暫定介護サービス計画を作成するに際し、要介護（支援）認定についての見通し、右居宅サービスに位置づけたサービスが保険給付の対象となるか否かの見通しを示した上で、その種類、内容、利用料、及び、第1項に定める利用者負担の原則（要介護認定《支援》認定申請前のサービスの場合）、第2項に定める甲の費用負担の危険性及び乙の注意義務（要介護認定《支援》認定申請後のサービスの場合）等について甲及び甲の家族に説明し、あらかじめ甲の書面による同意を得ておかねばなりません。

以上の契約の証しとして本契約書を2通作成し、甲及び乙は署名又は記名押印の上、各自1通ずつ所持します。

令和____年____月____日

ご利用者 (甲)	私は、以上の契約の内容について説明を受け、内容を確認いたしました。 私は、この契約書で確認する居宅介護支援サービスの利用を申し込みます。			
	住所	〒 ー		
	氏名			印
	電話番号	() ー	FAX	() ー

署名代行者	私は、本人に代わり、上記署名を行いました。 私は、本人の契約意思を確認しました。			
	本人との関係		署名を代行 した理由	
	住所	〒 ー		
	氏名			印
	電話番号	() ー	FAX	() ー

サービス事業者 (乙)	当事業者は、指定居宅介護支援事業者として甲の申し込みを受諾し、この契約書に定める各種サービスを誠実に責任を持って行います。			
	所在地	〒441-1318 愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2		
	名称	社会福祉法人 和敬会		
	代表者名	理事長 太田 一平	印	
	電話番号	(05362) 2-0760	FAX	(05362) 2-0762

尚、甲に対する居宅介護支援業務を担当する、居宅介護支援専門員（丙）は、
です。

【 重要事項説明書別紙 】

1. 担当介護支援専門員

氏 名 _____

2. 料金

(1) 介護保険サービスの提供開始以降1ヶ月あたりの居宅介護支援利用料は、法定代理受領により、当事業所の居宅介護支援に対し介護保険料が支払われるため、
様の自己負担はありません。

(2) 但し、介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなる場合があります。その場合は、一旦1ヶ月あたりの料金をいただき、サービス提供証明書を発行いたします。

居宅介護支援費（Ⅰ）

〈取り扱い件数が40件未満の場合〉

要介護1・2 1086 単位/月

要介護3・4・5 1411 単位/月

(3) なお、次のサービス提供の場合、料金の加算、減算があります。

- ① 加算
- ・ 初回加算 300 単位/月
 - ・ 特定事業所加算（Ⅲ） 323 単位/月
 - ・ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 250 単位/月 （Ⅱ） 200 単位/月
 - ・ 退院、退所加算 450 単位/月

- ② 減算
- ・ 運営基準減算
所定単位数の100分の50
所定単位数は算定しない（運営基準減算が2ヶ月以上継続している場合）
 - ・ 特定事業所集中減算
1月につき200単位を所定単位数から減算

(4) 地域区分7級地のため上記料金1単位当たりの単価は10.21円になります。

(5) 同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント（所定単位数の95%）

上記内容の説明を受け、了承しました。

令和_____年_____月_____日

利用者氏名 _____

(代理人氏名 _____)

まどかの郷居宅介護支援事業所
施設長 太田二郎 様

申出者 住所 幸田町大字
氏名

印

ケアマネジメント契約の解約申出書

まどかの郷居宅介護支援事業所との間において、令和 年 月 日付で締結したケアマネジメント契約について、下記のとおり解約することを申し出します。

記

利用者氏名	
解約する理由	
解約を希望する日	

処 理 欄

施設長	事務	担当主任	担当者

供欄	施設長	総務主任	部署主任	事務担当

要介護認定決定前のサービス利用について

様

介護保険サービスは申請日からご利用頂けますが、要介護認定決定前（新規申請・更新申請・変更申請等）にサービスを利用された場合、下記の理由によっては申請が却下される事があります。

その場合、介護保険給付サービスは全額自己負担となります。また、居宅介護支援利用料につきましても、要介護1・2に相当する額（10,860円）を負担して頂くこととなりますのでご了承ください。

（申請が却下される場合）

①主治医意見書を得るための受診前に亡くなられた時

②認定調査前に亡くなられた時

以上の場合には要介護認定決定の審査判定ができないため、申請却下となります。

上記内容の説明を受け了承致しました。

令和 年 月 日

利用者氏名

Ⓔ

（代理人氏名

Ⓔ