

# 居宅介護支援重要事項説明書

＜2025 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の営業時間  
月～土曜日の午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分  
休日：日曜日、祝日及び 12 月 29 日～1 月 3 日  
※ ご不明な点は、おたずねください。

## 2 明陽苑ケアセンターの概要

### (1) 居宅介護支援事業所の指定番号及びサービス提供地域

|             |                                 |
|-------------|---------------------------------|
| 事業所名        | 明陽苑ケアセンター                       |
| 所在地および電話番号  | 豊橋市八通町 64 番地の 3<br>0532-33-3128 |
| 介護保険指定番号    | 愛知県 2372000048                  |
| サービスを提供する地域 | 豊橋市内                            |

### (2) 職員体制

|         | 資格           | 常勤  | 非常勤 | 業務内容            | 計   |
|---------|--------------|-----|-----|-----------------|-----|
| 管理者     | 介護福祉士        | 1 名 |     | 業務の管理等          | 1 名 |
| 介護支援専門員 | 看護師<br>介護福祉士 | 4 名 | 1 名 | 居宅介護支援計画の作成、調整等 | 5 名 |
| 事務職員    |              |     |     | 必要な事務等          |     |

## 3 事業の目的と運営方針

### (1) 事業の目的

居宅介護支援（ケアマネジメント）を行います。

ーケアマネジメントの内容ー

- ・ 居宅サービスまたは施設サービスの選択に必要な情報を利用者やその家族に提供します。
- ・ 利用者やその家族が抱える介護についての課題を分析し、希望、相談に対応します。
- ・ 相談の上、状況や状態に応じたケアプランを提案、作成します。
- ・ サービス実施状況の継続的な把握と必要に応じたケアプランの変更を行います。

### (2) 運営方針

利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう配慮し、利用者の心身の状況や置かれている環境に応じて利用者の選択に基づき多様な事業所から総合的かつ効率的にサービスが提供されるよう配慮します。

#### 4 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

- (1) 利用者(家族)からの申出。
- (2) 介護支援専門員が訪問し、重要事項の説明および契約。
- (3) サービスの利用意向を確認し、ケアプランを作成。(原案)
- (4) 各サービス事業所への問い合わせ、連絡調整実施利用者とのサービス計画について最終的に同意(確認)を得たうえで、「サービス利用票」の交付、同時にサービス事業者に対し「サービス提供票」の交付。
- (5) 各サービスの提供開始。
- (6) 利用状況の確認、身体等の状況を確認してサービス提供の変更が必要な場合計画書の見直し案を利用者(家族)に提示。

- ・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できること。
- ・利用者はケアプラン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できること。
- ・ICT 機器を使用した各種会議等を実施することがあります。

#### 5 利用料金

##### (1) 利用料（1ヵ月につき）

要介護認定を受けた方は、介護保険から全額給付されますので自己負担はありません。

※保険料の滞納等により、保険給付金が当事業所に支払われない場合があります。

その場合は利用者から1ヵ月につき下記の料金の10倍をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行します。

※社会情勢により、項目の増減、算定単位数増減が起こることがあります。

- ① 居宅介護支援費（Ⅰ）（i）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が45名未満の場合。
  - ・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・1,086単位
  - ・要介護3、要介護4または要介護5・・・・1,411単位
- ② 居宅介護支援費（Ⅰ）（ii）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が45名以上60名未満の場合。  
（45名を超えた人数が以下の料金となります）
  - ・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・544単位
  - ・要介護3、要介護4または要介護5・・・・704単位
- ③ 居宅介護支援費（Ⅰ）（iii）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が60名以上の場合。  
（60名を超えた人数が以下の料金となります。）
  - ・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・326単位
  - ・要介護3、要介護4または要介護5・・・・422単位

ケアプランデータ連携システムを活用し、かつ事務職員を配置

- ④ 居宅介護支援費（Ⅱ）（i）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が50名未満の場合。

・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・1,086単位  
・要介護3、要介護4または要介護5・・・・1,411単位

- ⑤ 居宅介護支援費（Ⅱ）（ii）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が50名以上60名未満の場合。

・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・527単位  
・要介護3、要介護4または要介護5・・・・683単位

- ⑥ 居宅介護支援費（Ⅱ）（iii）：介護支援専門員1名の平均取扱人数が60名以上の場合。

（60名を越えた人数が以下の料金となります）

・要介護1または要介護2・・・・・・・・・・316単位  
・要介護3、要介護4または要介護5・・・・410単位

※当事業所が運営基準減算（居宅介護支援の業務が適切に行われない場合）に該当する場合は上記金額の50/100となります。また、2ヶ月以上継続して該当する場合には算定しません。

※特定事業所集中減算（居宅サービスの内容が特定の事業所に不当に偏っている場合の減算）に該当する場合は上記金額より200単位を減額することとなります。

※居宅サービス等の利用に向けて介護支援専門員が利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったものの利用者の死亡でサービス利用に至らなかった場合で介護保険サービスが提供されたものと同等に取り扱うことが適当と認められるケースについては、居宅介護支援費を算定します。

- (2) 初回加算（初回の1ヵ月に加算）

新規に居宅サービス計画を作成又は要介護状態区分が2段階以上変更となった方に居宅介護支援を行った場合。・・・・・・・・300単位

- (3) 入院時情報連携加算

病院又は診療所に入院するにあたり、病院又は診療所の職員に心身の状況や生活環境等に関して必要な情報を提供する。

- （Ⅰ）入院した日のうちに情報提供した場合（入院日以前の情報提供を含む）

営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は入院日の翌日を含む・・・・・・・・250単位

- （Ⅱ）入院した日の翌日又は翌々日に情報提供を行う

営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目営業日でない場合は、その翌日も含む・・・・・・・・200単位

(4) 特定事業所加算（1ヶ月につき）

特定事業所加算（Ⅰ）：厚生労働大臣が定める基準（以下の①～⑬）に適合し、市に届出をしている場合。・・・・・・・・・・519単位

- ① 常勤の主任介護支援専門員を2名以上配置している。
- ② 常勤かつ専従の介護支援専門員を3名以上配置している。
- ③ 利用者に関する情報又はサービス提供に当たっての留意事項に係る伝達等を目的とした会議を定期的開催している。
- ④ 24時間連絡体制を確保し、かつ、必要に応じて利用者等の相談に対応する体制を確保している。
- ⑤ 算定日が属する月の利用者総数のうち、要介護3～要介護5である者の割合が4割以上である。
- ⑥ 介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施している。
- ⑦ 地域包括支援センターから支援が困難な事例を紹介された場合でも、居宅介護支援を提供している。
- ⑧ 家族に対する介護等を日常的に行っている児童や、障害者、生活困窮者、難病患者等の支援に関する事例検討会、研修等に参加している。
- ⑨ 特定事業所集中減算の適用を受けていない。
- ⑩ 事業所単位で平均し、介護支援専門員1人当たり45人未満である。
- ⑪ 法定研修等における実習受入事業所となる等人材育成への協力体制を整備している。
- ⑫ 他法人が運営する居宅介護支援事業者と共同の事例検討会等を実施している。
- ⑬ 必要に応じて、多様な主体等が提供する生活支援のサービス（インフォーマルサービスを含む）が包括的に提供されるような居宅サービス計画を作成している。

特定事業所加算（Ⅱ）：特定事業所加算（Ⅰ）の①が1名以上配置かつ②～⑬（⑤を除く）を満たす場合。・・・・・・・・・・421単位

特定事業所加算（Ⅲ）：特定事業所加算（Ⅰ）の①が1名以上、②が2名以上配置かつ③～⑬（⑤を除く）を満たす場合。・・・・・・・・・・323単位

特定事業所加算（A）：特定事業所加算（Ⅰ）の①が1名以上、②が常勤1名以上、非常勤1名以上配置（他事業所との兼務可）かつ③～⑬（⑤を除く）を満たす場合で④⑥⑪⑫は他居宅事業所との連携でも可。・・・・・・・・114単位

特定事業所医療介護連携加算：特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを取得し、かつ、退院・退所加算の算定に係る医療機関等との連携を年間35回以上行うとともに、ターミナルケアマネジメント加算を年間15回以上算定している場合。・・・・・・・・125単位

(5) 退院・退所加算（サービス利用開始月に加算）

病院若しくは診療所に入院又は介護保険施設に入所していた方が退院・退所し、居宅サービスを利用する場合、病院等の職員と面談を行い、必要な情報を得た上で居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合。

（入院又は入所期間中につき 3 回まで算定可能）

|             |            |        |       |        |
|-------------|------------|--------|-------|--------|
| カンファレンス参加 無 | ・ ・ ・（1 回） | 450 単位 | （2 回） | 600 単位 |
| カンファレンス参加 有 | ・ ・ ・（1 回） | 600 単位 | （2 回） | 750 単位 |
|             |            | （3 回）  |       | 900 単位 |

(6) 通院時情報連携加算（1 ヶ月につき）

利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師から利用者に関する必要な情報提供を受けたうえで、ケアプランに記録した場合。

・ ・ ・ 50 単位

(7) 緊急時等居宅カンファレンス加算（1 カ月につき）

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービスの利用調整を行った場合。

（1 ヶ月に 2 回を限度に算定可能）・ ・ ・ 200 単位

(8) ターミナルケアマネジメント加算（1 カ月につき）

終末期の医療やケアの方針に関する当該利用者又はその家族の意向を把握した上で、死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上在宅訪問し、主治医等の助言を得つつ、サービス変更の必要性等の把握や利用者への支援を実施した場合。・ ・ ・ 400 単位

(9) 解約料

利用者(家族)は、いつでも契約を解除することができ一切料金はかかりません。

(10) その他の費用

①サービス提供のために介護支援専門員は自動車でご自宅等に訪問しますので駐車場を確保してください。その際の駐車場利用料は利用者負担となります。

②料金が発生する場合、月毎の精算とし、毎月 15 日までに前月分の請求をしますので、以下の方法によりその月の末日までにお支払いください。なお、料金の支払を受けたときは、利用者あての領収証を発行します。領収証は再発行できませんので、大切に保管して下さい。利用料領収証を紛失された場合にその替わりとなる利用料支払証明書を発行した場合は 1 カ月分 1 枚あたり 1100 円（税込み）をいただきます。

【料金の支払方法】

① 現金

② 当事業所指定口座への振り込み

豊橋信用金庫中央支店 普通 No.225241

社会医療法人明陽会明陽苑ケアセンター 理事長 成田真

利用者名にて振り込みをお願いします。また、振り込み後は当事業所まで連絡をお願いします。

## 6 サービスの利用方法と契約の解除について

### (1) サービスの利用開始

お電話等でご相談、お申込みください。担当職員がお伺いします。

重要事項を説明および契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

※連絡手法として、タブレットやパソコンでのメールでのやり取りをする場合もありますが、契約終了後はこれらを用いたメール連絡は致しかねます。ご了承ください。

### (2) サービスの終了

ア、サービスを終了したい場合、7 日以上の予告期間をもって、いつでも契約を解除できます。

イ、人員不足等事業所の事情により、サービスの提供を終了させていただく場合は、終了の 30 日前までに通知するとともに、他の居宅介護支援事業者をご紹介します。

ウ、次の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了します。

- ・利用者が介護保険施設等に入所した場合。（ただし、介護老人保健施設での入退所を繰り返す場合はこの限りではありません。）
- ・利用者が医療施設等へ長期間（概ね 2 ヶ月以上）入院、入所をした場合。
- ・利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）及び要支援 1 又は要支援 2 と認定された場合。（要支援の方は地域包括から委託を受けて当センターにて対応する場合があります）
- ・利用者が死亡した場合。
- ・利用者の所在が 2 週間以上不明になった場合。
- ・介護保険サービスを長期間（概ね 2 ヶ月以上）利用しない場合。

エ、その他

- ・利用者、又はご家族ないし身元引受人、その他関係者が当事業所の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの不信行為（カスタマーハラスメント等）を行った場合は、即座に契約を終了させていただく場合があります。
- ・事業所が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合はその時点で契約が終了となります。
- ・事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合も、その時点で契約が終了になります。

### (3) 居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の変更

指定居宅サービス事業所は、複数の事業所から選択することができます。

担当の介護支援専門員の変更を希望される場合は、当事業所にお申し出ください。

また、事業所の都合（異動等）により介護支援専門員を交替させる場合は、事前に利用者に通知します。尚、特定の介護支援専門員の指名はできません。

## 7 緊急時・事故発生時の対応について

サービス提供時における緊急時や事故発生時には、事前の打ち合わせにより主治医又は医療機関への連絡を行うほか、ご親族及び必要な救急機関等へ連絡し、医師の指示に従います。また、事故が発生した場合、その原因を解明し防止策を講じて事故の再発防止に努めます。

## 8 サービス内容に関する苦情窓口

|      |                             |                                         |
|------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 相談窓口 | 明陽苑ケアセンター<br>管理者 壁谷 泰徳      | 豊橋市八通町 64 番地の 3<br>電話 33-3128           |
|      | 東三河広域連合 介護保険課               | 豊橋市八町通 2 丁目 16 番地<br>電話 26-8471         |
|      | 愛知県国民健康保険団体連合会<br>介護サービス相談室 | 名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号<br>電話 052-971-4165 |

## 9 守秘義務

明陽苑ケアセンター職員は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持するとともに、個人情報保護法に基づき適正に情報を管理します。

また、サービス担当者会議等において、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、あらかじめ個人情報利用同意書により得ます。

## 10 介護サービス情報の公表

介護サービス情報の公表は、介護サービス事業者で行われているサービスの内容等を調査し、客観的情報をインターネット等により公表する制度です。

この制度は、介護サービスの利用者等が公表されたサービス事業者の情報を比較検討することにより、利用者等の主体的な事業者選択を可能にすることを目的としています。

※関係ホームページ

(介護サービス情報公表システム)

<http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>

## 11 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通りである。(別紙 ケアマネジメントの公正中立の確保を図る観点から)

居宅介護支援の提供に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

|     |          |                 |   |
|-----|----------|-----------------|---|
| 年   | 月        | 日               |   |
| 事業者 | 住 所      | 豊橋市八通町 64 番地の 3 |   |
|     | 事業者（法人名） | 社会医療法人明陽会       |   |
|     | 事業所名     | 明陽苑ケアセンター       |   |
|     | （事業所番号）  | 2372000048      |   |
|     | 代表者名     | 理事長 成田 真        | 印 |
|     | 説明者      |                 | 印 |

私は、契約書及び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。また利用料金が発生した場合には支払いに同意します。

|            |     |   |   |
|------------|-----|---|---|
| 年          | 月   | 日 |   |
| 利用者        | 住 所 |   |   |
|            | 氏 名 |   | 印 |
| 立会人又は署名代行人 | 住 所 |   |   |
|            | 氏 名 |   | 印 |

※「立会人」欄には、本人とともに契約内容を確認し、緊急時などに利用者の立場に立って事業所との連絡調整等を行える方がいる場合に記載してください。なお、立会人は、契約上の法的な義務等を負うものではありません。

|             |     |   |
|-------------|-----|---|
| 代理人（選任した場合） | 住 所 |   |
|             | 氏 名 | 印 |