重要事項説明書

（指定居宅介護支援）
（介護予防支援事業）

利用者：　　様

ケアプランセンター真幸

居宅介護支援事業及び介護予防支援事業重要事項説明書

［令和８年６月１日改定］

1.　支援事業者の概要

名　称　・　種　別	合同会社　レジリエンス
代　表　者　名	増田　勝大
所在地・連絡先	（住　所）熊本市南区良町１丁目 12 番 67 号 （電　話）096-285-7120 （ＦＡＸ）096-285-7124

2.　事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事　業　所　名	ケアプランセンター真幸
所在地・連絡先	（住　所）熊本市南区出仲間６丁目７番５号 （電　話）096-285-7120 （ＦＡＸ）096-285-7124
事　業　所　番　号	4370114789
管 理 者 の 氏 名	宮本　晋吾

(2) 事業所の職員体制

事業所に勤務する従業者の職種、員数及び職務の内容は次の通りとします。

管理者１名（介護支援専門員兼務）

介護支援専門員　１名以上

事務員　１名

(3) 職務内容

①管理者は、当事業所利用申し込みにかかる業務の実施状況を把握し、当事業所の介護支援専門員が利用者及びその家族の事を配慮した職務を行うよう管理・指導を行い、苦情等の相談業務に対応します。

②介護支援専門員は、居宅介護支援及び介護予防支援契約書の第１条に掲げている職務を行います。

③事務員は居宅介護支援及び介護予防支援事業に関わる事務業務を行います。

(4) 事業の実施地域

事　業　の　実　施　地　域	熊本市、上益城郡

※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。

(5) 居宅介護支援及び介護予防支援に関する相談日

相　　談　　日	平日の月曜日から金曜日
受　付　時　間	午前８時 30 分から午後 17 時 30 分まで

※上記以外で、ご希望される時は、あらかじめご相談ください。

休　　日	土曜日・日曜日・祝祭日 12 月 31 日～1 月 3 日（年末年始）

3.　提供する居宅支援サービスの内容・提供方法

（１）介護保険を利用上、必要な要介護認定などの手続き、申請代行。

（２）居宅サービス計画及び介護予防支援計画（ケアプラン）の作成。

（３）居宅サービス事業者等との連絡調整。

（４）給付管理業務。

（５）その他必要な事項・詳細については、契約書第６条に定める。

4.　費用

(1)　利用料

居宅介護支援費及び介護予防支援費につきまして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。

基本報酬

居宅介護支援費（Ⅰ）

※居宅介護支援費を（Ⅱ）を算定していない事業所

（ｉ）	要介護　1・2	1,086 単位/月
	要介護　3・4・5	1,411 単位/月
（ⅱ）	要介護　1・2	544 単位/月
	要介護　3・4・5	704 単位/月
（ⅲ）	要介護　1・2	326 単位/月
	要介護　3・4・5	422 単位/月

居宅介護支援費（Ⅱ）

※指定居宅サービス事業所等との間で居宅サービス計画にかかるデータを電子的に送受信するためのシステムの活用及び事務職員の配置を行っている事業所。

（ｉ）	要介護　1・2	1,086 単位/月
	要介護　3・4・5	1,411 単位/月
（ⅱ）	要介護　1・2	527 単位/月
	要介護　3・4・5	683 単位/月
（ⅲ）	要介護　1・2	316 単位/月
	要介護　3・4・5	410 単位/月

介護予防支援費

要支援１・２	472 単位/月

各種加算

初回加算

※新規に居宅サービス計画を作成したとき、または要介護状態区分が二段階以変わったときに新たに居宅サービス計画を作成した場合に、初回のサービス提供月に限り算定する加算。

初回加算	300 単位/月

介護職員等処遇改善加算

※介護職員等の安定的な処遇改善を図るための環境整備と賃金改善を目的として創設された加算。

介護職員等処遇改善加算	合計単位数×2.1%

入院時情報連携加算（Ⅰ）

※利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

入院時情報連携加算（Ⅰ）	250 単位/月

入院時情報連携加算（Ⅱ）

※利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

入院時情報連携加算（Ⅱ）	200 単位/月

退院退所加算（Ⅰ）

※病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により１回受けていること。

退院退所加算（Ⅰ）イ	450 単位

※必要な情報の提供をカンファレンスにより１回受けていること。

退院退所加算（Ⅰ）ロ	600 単位

退院退所加算（Ⅱ）

※病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により２回以上受けていること。

退院退所加算（Ⅱ）イ	600 単位

※必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により２回受けており、うち１回以上はカンファレンスによること。

退院退所加算（Ⅱ）ロ	750 単位

退院退所加算（Ⅲ）

※病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員から利用者に係る必要な情報の提供をカンファレンス以外の方法により３回以上受けており、うち１回以上はカンファレンスによること。

退院退所加算（Ⅲ）	900 単位

緊急時等居宅カンファレンス加算

※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等の利用調整を行った際。

緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位(1 月に 2 回を限度)

通院時情報連携加算

※利用者が医師の診療を受ける際に同席し、医師・又は歯科医師と情報連携を

図った際。

通院時情報連携加算	50 単位

ターミナルケアマネジメント加算

※利用者又はその家族に対して、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、利用者又はその家族の同意を得た上で、訪問により利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医やサービス事業者へ提供した場合。

ターミナルケアマネジメント加算	400 単位/月

特定事業所加算

特定事業所加算（Ⅰ）	519 単位/月
特定事業所加算（Ⅱ）	421 単位/月
特定事業所加算（Ⅲ）	323 単位/月
特定事業所加算（A）	114 単位/月

算定要件

算定要件	（Ⅰ）	（Ⅱ）	（Ⅲ）	（A）
（1）専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の主任介護支援専門員を配置していること。	2名以上	1名以上	1名以上	1名以上
（2）専ら指定居宅介護支援の提供に当たる常勤の介護支援専門員を配置していること。	3名以上	3名以上	2名以上	常勤・非常勤各1名以上
（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係る伝達等を目的とした会議を定期的に開催すること。	○	○	○	○
（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こと。	○	○	○	○ 連携可
（5）算定日が属する月の利用者の総数のうち、要介護状態区分が要介護３､要介護４又は要介護５である者の占める割合が 40%以上であること。	○	×	×	×
（6）当該指定居宅介護支援事業所における介護支援専門員に対し、計画的に研修を実施していること。	○	○	○	○ 連携可
（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においても、当該支援が困難な事例に係る者に指定居宅介護支援を提供していること。	○	○	○	○
（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、高齢者以外の対象者への支援に関する知識等に関する事例検討会、研修等に参加していること。	○	○	○	○
（9）居宅介護支援費に係る特定事業所集中減算の適用を受けていないこと。	○	○	○	○
（１０）指定居宅介護支援事業所において指定居宅介護支援の提供				

を受ける利用者数が当該指定居宅介護支援事業所の介護支援専門員１人当たり 45 名未満（居宅介護支援費（Ⅱ）を算定している場合は 50 名未満）であること。	○	○	○	○
（１１）介護支援専門員実務研修における科目「ケアマネジメントの基礎技術に関する実習」等に協力又は協力体制を確保していること。	○	○	○	○ 連携可
（１２）他の法人が運営する指定居宅介護支援事業所と共同で事例検討会、研修会などを実施していること	○	○	○	○ 連携可
（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こと。	○	○	○	○

業務継続計画未実施減算

算定要件	
以下の基準に適合していない場合。 ・感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービス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業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定すること。 ・当該業務継続計画に従い必要な措置を講ずること。	所定単位数の 1.0%を減算

高齢者虐待防止措置未実施減算

算定要件	
虐待の発生又はその再発を防止するための以下の措置が講じられていない場合。 ・虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について従業員に周知徹底を図ること。 ・虐待の防止のための指針を整備すること。 ・従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に実施すること。 ・上記措置を適切に実施するための担当者を置くこと。	所定単位数の 1.0%を減算

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

算定要件	
対象となる利用者 ・指定居宅介護支援事業所の所在する建物と同一敷地、隣接する敷地内の建物又指定居宅介護支援事業所と同一の建物に居住する利用者。 ・指定居宅介護支援事業所における 1 月あたりの利用者が同一の建物に 20 人以上居住する建物（上記を除く。）に居住する利用者。	所定単位数の 95%を算定

※　尚、介護保険適用の場合でも、介護保険料の未納の方については支援事業者に介護保険給付が行われない場合があります。その場合、利用者は１ヶ月につき要介護度に応じて上記の利用料を支払う事とする。

5.　事業所の特色等

(1)　事業の目的

居宅介護支援事業及び介護予防支援事業は要介護者及び要支援者が保健医療サービス及び福祉サービスの適切な利用等によって自立した生活を営めるよう、介護支援計画等を作成提供し、支援することを目的とする。

運営方針

① 居宅介護支援及び介護予防支援事業所は、利用者が要介護状態等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た自立した日常生活を営むことが出来るように配慮して行うものとする。

② 居宅介護支援及び介護予防支援事業所は、利用者が要介護状態等になった場合、利用者の心身の状況、置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、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且つ効率的に提供されるよう配慮して行うものとする。

③ 居宅介護支援事業及び介護予防支援事業の提供にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者に提供される指定居宅サービス等が、特定の種類又は特定の居宅サービス事業者に偏ることがないように、公正中立に行うものとする。又、居宅サービス計画原案に位置付けた指定居宅サービス事業所等の選定理由の説明を求めることが可能であることとする。

④ 居宅介護支援事業及び介護予防支援事業の提供にあたっては、市町村や地域包括支援センター、介護保険施設、特定介護支援事業者等の連携に努めるものとする。

⑤ 居宅介護支援及び介護予防支援事業所と指定居宅サービス等の事業所の意識の共有を図る観点から、介護支援専門員は、居宅サービス計画書に位置づけた指定居宅サービス等の担当者から個別サービス計画の提出を求めることとする。

⑥介護保険上に位置づけた地域ケア会議において、個別のケアマネジメントの事例の提出の求めがあった場合には、これに協力するよう努めることとする。

⑦利用者又は他の利用者等の生命又は身体の保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行ってはならないことし、身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録する

こととする。

(2)　その他

事　　項	内　　容
アセスメント（評価）の方法及び事後評価	包括的自立支援プログラム方式等により、利用者の直面している課題等を評価し、利用者に説明のうえケアプランを作成します。
従　業　員　研　修	適宜・研修を行っています。

6.　サービス内容に関する苦情等相談窓口

苦情申立窓口

お　客　様　相　談　窓　口	
窓　口　責　任　者	宮本　晋吾
ご　利　用　時　間	平日の午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分まで
受　付　方　法	(電話)　096-285-7120 (FAX)　096-285-7124 面接　自宅

苦情対応方法

① 窓口担当者が、その内容を利用者や家族から十分に聞き、把握し早急な解決・改善を図ります。

② 担当者が必要と判断した場合は、管理者・代表者を含めた上で検討会議を開催し、対応策を講じサービスの向上に努めます。

③ 利用者・家族の納得が得られず、居宅介護支援事業所の変更を希望される場合には、速やかに他の居宅介護支援事業所の紹介等必要な協力を致します。

④ 記録は、苦情処理に関する台帳として整理し、これを保管いたします。

⑤ 上記にて解決困難な場合は、下記にも申し立てが出来ますので、その際は必要な報告や連携・協力を致します。

熊本市健康福祉局高齢支援部介護事業指導課
〒860-8601
熊本市中央区手取本町 1 番 1 号
電話　代表 096-328-2111

熊本県国民健康保険団体連合会　　（介護サービス苦情相談窓口）
〒862-8639
熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号
電話　代表 096-214-1101

7. 担当の介護支援専門員

あなたを担当する介護支援専門員は＿＿＿＿ですが、やむ得ない事由で変更する場合は、事前に連絡いたします。

8. 利用者様へのお願い

支援事業者が交付するサービス利用票、サービス提供証明書等は、利用者様の介護に関する重要な書類ですので、契約書・重要事項説明書と一緒に大切に保管されて下さい。

私は、本書面に基づきケアプランセンター真幸　＿＿＿＿から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

以上、重要事項の説明を受けここに署名・押印します。

令和　　年　　月　　日

利用者　　住所

氏名

代理人　　住所
（選任された場合）

氏名

事業者　　住所　熊本県熊本市南区良町１丁目１２番６７号
法人名　　合同会社　レジリエンス
代表社員　　増田　勝大

事業所名　　ケアプランセンター真幸
担当介護支援専門員