

居宅介護支援重要事項説明書

<令和8年11月1日 現在>

1 支援事業者（法人）の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団
代表者名	理事長 田端 高志
法人所在地・連絡先	(住 所) 熊本市西区花園7丁目19番1号 (電 話) 096-273-7506(代) (F A X) 096-223-8220

2 事業所の概要

(1) 事業所名称及び事業所番号

事業所名	熊本市社会福祉事業団 中央居宅介護支援事業所
所在地・連絡先	(住 所) 熊本市中央区壺川2丁目3番85号 (電 話) 096-351-6619 (F A X) 096-323-8248
事業所番号	4370100291
管理者の氏名	秋山 珠美

(2) 事業所の職員体制

従業者の職種	人数 (人)	区分		常勤換算後 の人数(人)	職務の内容
		常勤(人)	非常勤(人)		
管理者 (主任介護支援専門員)	1	1		1.0	管理者 居宅介護支援
主任介護支援専門員	1	1		0.2	居宅介護支援
介護支援専門員	5	5		5.0	居宅介護支援
事務員	1		1	0.1	業務効率化のための 事務支援

(3) 事業の実施区域

事業の実施区域	熊本市
---------	-----

※ 通常事業の実施地域を越えて行う事業に要する交通費は、徴収いたしません。

(4) 営業日

営業日	営業時間
平日	9:00 ~ 17:00

営業しない日	土、日曜日、祝日及び12月29日から翌年1月3日まで
--------	----------------------------

※24時間の連絡体制は、急変や事故など緊急時のためのものです。

日常的なご相談や確認事項は、可能な限り、営業時間内でお願いいたします。

3 提供する居宅介護支援サービスの内容・提供方法

- (1) 居宅サービス計画（ケアプラン）の作成
- (2) 地域包括支援センターから委託を受けた介護予防サービス計画の作成
- (3) 要介護等認定の申請代行
- (4) 給付管理業務

4 費用

(1) 利用料

要介護認定を受けられた方は、介護保険制度から全額支給されるので自己負担はありません。

介護保険適用の場合でも、保険料の滞納等により、支援事業所に直接介護保険給付が行われない場合があります。その場合、ご利用者は1ヶ月につき要介護度に応じて必要な利用料をお支払いください。利用料のお支払いと引き換えにサービス提供証明書と領収証を発行します。

居宅介護支援費 (Ⅱ)	要介護1・2	要介護3・4・5
居宅介護支援費 (i) <50件未満>	10,860円	14,110円
居宅介護支援費 (ii) <50件以上オーバー分1件につき>	5,270円	6,830円
居宅介護支援費 (iii) <60件以上オーバー分1件につき>	3,160円	4,100円

(2) 加算について

- ① 初回加算 月額 3,000円
- ② 特定事業所加算 月額 (Ⅰ) 5,190円 (Ⅱ) 4,210円
(Ⅲ) 3,230円 (A) 1,140円
- ③ 入院時情報連携加算 月額 (Ⅰ) 2,500円 (入院した当日に情報提供)
(Ⅱ) 2,000円 (入院して原則3日以内に情報提供)
- ④ 退院・退所加算 (カンファレンス参加無; 1回4,500円、2回6,000円)
(カンファレンス参加有; 1回6,000円、2回7,500円、3回9,000円)
- ⑤ ターミナルケアマネジメント加算 月額 4,000円
- ⑥ 緊急時等居宅カンファレンス加算 (1月2回を限度に 2,000円)
- ⑦ 通院時情報連携加算 (1月1回を限度に 500円)
- ⑧ 介護職員等处遇改善加算 所定単位数の1000分の21
- ⑨ 特定事業所集中減算 基本単価より2,000円減算
- ⑩ 運営基準減算
減算要件に該当した時 基本単価の50%
減算が2ヶ月以上継続した時 算定しない
- ⑪ 高齢者虐待防止措置未実施減算 所定単位数の100分の1
- ⑫ 業務継続計画未策定減算 所定単位数の100分の1
- ⑬ 同一建物減算 所定単位数の100分の5

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

高齢者福祉のあり方を大きく変える介護保険制度下において、要介護者の人権や尊厳を尊重し、自立や生活の質を高めるよう居宅介護の支援事業を行います。

(2) 運営方針

- ① 要介護状態となった場合においても、そのご利用者が可能な限りその居宅において、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に配慮して行います。
- ② ご利用者心身の状態、その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、福祉サービスが多様な事業所から総合的かつ効率的に提供されるように配慮して行います。
- ③ ご利用者の意思及び人格を尊重し、常にご利用者の立場に立って、ご利用者に提供される指定居宅サービス等が、特定の種類または特定のサービス事業所に不当に偏

することのないよう、公正中立に行ないます。

なお、ケアプランに位置付ける居宅サービス事業所について、ご利用者、家族から複数の事業者の紹介を求めることができます。また、当該事業所をケアプランに位置づけた理由をもとめることができます。

- ④ ケアマネジメントの公正中立性の確保を図る観点から、前6か月に作成したケアプランにおける、訪問介護、通所介護、地域密着型通所介護、福祉用具貸与の各サービスの割合、及び同一事業所によって提供されたものの割合等につき、別紙文書の交付及び口頭により説明を行い、利用者の同意をいただきます。なお、熊本県介護情報公表システムにおいても公表いたします。

(3) その他

事 項	内 容
アセスメント（評価） の方法及び事後評価	ICF・ガイドラインの方式により、ご利用者の直面している課題等を分析し、ケアプランを作成します。 また、ケアプランにそったサービス実施の中で、経過、達成状況等を評価し、個々人に即応した最善のサービスを提供します。
職員等研修	月1回、研修を行います。

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所相談窓口	窓口責任者 秋山 珠美 ご利用時間 9:00～17:00 ご利用方法 電話(096)351-6619 面 接 (事業所相談室) 苦情箱 (事業所に設置)
熊本県国民健康保険団体連合会	介護保険課 介護サービス苦情相談窓口 〒862-0911 熊本市東区健軍2丁目4番10号(熊本市町村自治会館内) (TEL) 096-214-1101 (FAX) 096-214-1105
熊本市役所 介護事業指導課	〒860-8601 熊本市中央区手取本町1番1号 (TEL) 096-328-2793 (FAX) 096-327-0855

7 ハラスメント防止に関する取組

当事業所は、介護支援専門員が安心して業務に従事できる環境を確保し、適切かつ質の高い介護支援サービスを継続して提供するため、ハラスメント防止に取り組みます。

利用者およびその家族等からの暴言、威圧的な言動、誹謗中傷、過度な要求、脅迫、暴力行為、性的な言動その他職員の人格や尊厳を傷つける行為については、ハラスメントとして対応します。

ハラスメントが確認された場合は、事業所として改善の申し入れや注意喚起を行うとともに、状況に応じて関係機関への相談、担当介護支援専門員の変更、訪問方法の見直し、サービス提供の中止または契約解除を検討する場合があります。

適切なサービスの提供を確保する観点から、介護支援専門員の就業環境を害することを防止するための方針を定め、対策を強化します。

8 事業継続計画の策定

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、ご利用者に対する指定居宅介護支援事業所の提供を継続的に実施するため及び非常時の体制での早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

また、介護支援専門員に対し、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実施します。

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います。

9 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

事業所は、感染症が発生し、またはまん延しないよう、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所に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概ね 6 月に 1 回以上開催します。その結果について、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ②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します。
- ③介護支援専門員に対し、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実施します。

10 虐待の防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における虐待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、介護支援専門員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における虐待防止のための指針を整備します。
- ③ 介護支援専門員に対し、虐待防止のための研修を定期的 to 実施します。
- ④ 虐待防止の措置を講じるための委員会の責任者は管理者が務めます。

11 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、やむを得ない事由で変更する場合がありますが、ご了承ください。

12 ご利用者へお願い

事業所が交付するサービス利用票等は、ご利用者の介護に関する重要な書類なので、契約書・重要事項説明書と一緒に大切に保管してください。

私は、本書面に基づいて熊本市社会福祉事業団 中央居宅介護支援事業所の職員
(氏名) から上記重要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

代理人（選任した場合） 住所

氏名