

介護予防支援及び居宅介護支援重要事項説明書

<令和 6年 4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 リデルライトホーム
代表者名	理事長 小笠原 嘉祐
所在地・連絡先	(住所) 〒860-0862 熊本市中央区黒髪5丁目23番1号 (電話) 096-343-0489 (FAX) 096-343-0476

2 事業所の概要

(1) 事業所の名称及び事業所番号

事業所名	リデルホーム浄行寺居宅介護支援事業所
所在地・連絡先	(住所) 〒860-0852 熊本市中央区薬園町2-1 (電話) 096-223-8388 (FAX) 096-223-8387
事業所番号	4370114912
管理者の氏名	宮田 芙美子

(2) 事業所の職員体制

業員の種類	人数	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		0.25	事業所の管理運営
介護支援専門員 (管理者含む)	1以上	1以上		1以上	居宅サービス計画作成

(3) 事業の実施地域

事業の実施地域	熊本市
---------	-----

※ 上記地域以外でもご希望の方はご相談下さい

(4) 営業日

営業日	営業時間
平日	8:30 ~ 17:30

3 提供する介護予防支援及び居宅支援サービスの内容・提供方法

- ア 介護予防サービス計画及び居宅サービス計画
- イ 要介護等認定の申請代行
- ウ 給付管理業務

4 費用

(1) 利用料

要介護（要支援）認定を受けられた方は、介護保険制度から全額給付されるため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、支援事業者へ直接介護保険給付が行えない場合があります。その場合お客様は1ヶ月につき、下記の金額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。

ア. 居宅介護支援費 基本単価

(1) 居居宅介護支援費 I

- (一) 要介護1・2 10,860円
- (二) 要介護3・4・5 14,110円

イ. 加算・減算等（該当時）

- (1) 初回加算 3,000円

(2) 特定事業所加算

- (一) 特定事業所加算（Ⅰ） 5,190円
- (二) 特定事業所加算（Ⅱ） 4,210円
- (三) 特定事業所加算（Ⅲ） 3,230円
- (四) 特定事業所加算（A） 1,140円

- (3) 特定事業所医療介護連携加算 1,250円

- (4) 入院時情報連携加算（Ⅰ） 2,500円

入院時情報連携加算（Ⅱ） 2,000円

- (5) 退院・退所加算（Ⅰ）イ 4,500円

退院・退所加算（Ⅰ）ロ 6,000円

退院・退所加算（Ⅱ）イ 6,000円

退院・退所加算（Ⅱ）ロ 7,500円

退院・退所加算（Ⅲ） 9,000円

- (6) 通院時情報連携加算 500円

- (7) 緊急時等居宅カンファレンス加算 2,000円

- (8) ターミナルケアマネジメント加算 4,000円

- (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

- (一) 減算要件に該当した時 基本単価の50%

- (二) 減算が2か月以上継続した時 算定しない

業務継続計画未実施減算

単位数の100分の1に相当する単位数を減算

高齢者虐待防止措置未実施減算

単位数の100分の1に相当する単位数を減算

身体拘束廃止未実施減算

単位数の100分の1に相当する単位数を減算

同一建物に居住する利用者へのケアマネジメント

単位数の95%を算定

ウ. 介護予防支援費 基本単価

(1) 介護予防支援費(Ⅱ)

(一) 要支援 4,720円

エ. 介護予防支援費 加算・減算等(該当時)

(1) 特別地域介護予防支援加算 所定単位数の15%を加算

(2) 中間地域等における小規模事業所加算 所定単位数の10%を加算

(3) 中間地域等に居住する者へのサービス提供加算 所定単位数の5%

(2) 交通費

2の(3)の事業の実施地域にお住まいの方は無料です。

それ以外の地域にお住まいの方は交通費として実施地域を超える分について、1kmにつき15円を頂きます。

(3) 利用料等のお支払方法

毎月、10日までに前月分の請求をいたしますので、20日までに下記口座にお振込みください。

熊本信用金庫		子飼支店						
普通預金	口座番号	0	2	6	9	6	1	6
口座名義	リデルホーム浄行寺 居宅介護支援事業所 代表者 小笠原 嘉祐							

※入金確認後、サービス提供証明書と領収書を発行します。

5 事業所の特色等

(1) 事業の目的

介護保険上の要支援又は、要介護の認定を受けられた方並びに御家族に対して相談に応じ、そのニーズに応じて、必要なサービスに関する計画を作成し、実施につなげるにより、その生活の向上を資する。

(2) 運営方針

利用者のニーズに応じた介護予防サービス計画及び居宅サービス計画作成と関係機関との調整及び適切な給付管理

が主な業務となるが、その過程で、利用者の主体性を重んじ、自立へ向けた援助が行えるよう、利用者及びその家族との相談援助の機会を大切にする。

(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	熊本県版簡易アセスメント方式によりお客様の直面している課題を評価し、お客様に説明の上、介護予防サービス計画及び居宅サービス計画書(ケアプラン)を作成します。また、定期的なモニタリング(テレビ電話等オンライン等)を行い、ケアプランに沿ったサービスが提供されているかを確認します。
従業員研修	年3回以上実施

6 サービス内容に関する苦情等相談窓口

当事業所お客様相談窓口	窓口責任者	宮田 芙美子
	営業日・時間	月曜日から土曜日 8:30～17:30 (ただし、12月29日～1月3日を除く)
	ご利用方法	電話にて [電話番号096-223-8388]
	面 接	事業所1階
	苦 情 箱	事業所入口に設置

(2) 第三者委員名簿

氏名	住所	電話番号
吉本 裕二	上益城郡益城町大字木山396	090-4996-2732
塘林 文明	熊本市東区渡鹿8丁目21-2	096-372-5252
小野寺武治	熊本市中央区黒髪5丁目18-16	096-345-4872
交野 富清	熊本市中央区黒髪5丁目14-12	096-343-6271

(3) 行政機関その他苦情受け付け機関

苦情受付機関	住所	電話番号
熊本市役所 (介護事業指導課)	熊本市中央区手取本町1-1	096-328-2793
国民健康保険団体連合会	熊本市東区健軍2丁目4-10	096-214-1101
熊本県社会福祉協議会 (福祉サービス運営適正化委員会)	熊本市中央区南千反畑3-7	096-324-5471

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、やむを得ない事由で変更する場合は、事前に連絡を致します。

8 虐待の防止

入居者に対し、虐待防止マニュアルのとおり、職員に研修等を実施し、虐待防止に努めます。

9 ハラスメント対策の強化

適切なサービスの提供を確保する観点から、職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。

10 (業務継続計画の策定等)

(1) 事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定介護予防支援及び指定居宅介護支援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の業務再開を図る計画(以下「業務継続計画」という。)を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置講じるものとする。

(2) 事業所は、従業員に対し、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するものとする。

(3) 事業所は、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うものとする。

11 (衛生管理等)

(1) 事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

(2)事業所による委員会(テレビ電話装置等を活用して行う事が出来るものとする。)を
おおむね6月に1回以上開催するとともに、その結果について、介護支援専門員に
周知徹底を図る。

(3)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する。

(4)事業所において、介護支援専門員に対し、感染症の予防及びまん延のための研修
及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

1 2 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。

1 3 お客様へのお願い

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、お客様の介護に関する
重要な書類なので、契約書・重要事項説明書等と一緒に大切に保管してください。

1 4 本契約書は、令和 3年 4月 1日より改正施行する。

本契約書は、令和 4年 7月19日より改正施行する。

本契約書は、令和 5年 4月 1日より改正施行する。

本契約書は、令和 5年 9月 1日より改正施行する。

本契約書は、令和 6年 4月 1日より改正施行する。

当事業者は、重要事項説明書に基づいて、介護予防支援・居宅介護支援事業所のサービス内容及
び重要事項の説明をしました。

所在地：熊本市中央区薬園町 2-1

事業所名：リデルホーム浄行寺居宅介護支援事業所

説 明 者 名：(役職) (氏名) 印

私は、重要事項説明書に基づいて、介護予防支援・居宅介護支援事業所のサービス内容及び重要
事項の説明を受け同意しました。

利用者

住 所

氏 名 印

代理人(選任した場合)

住 所

氏 名 印