

ケアプランセンターほほえみ

(居宅介護支援・介護予防支援) 重要事項説明書

あなた（利用者）に対する指定居宅介護支援及び指定介護予防支援の提供開始にあたり、厚生労働省令の規定に基づき、当事業者があなたに説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	株式会社HSコーポレーション
主たる事務所の所在地	〒327-0836 栃木県佐野市寺中町2417番地1
代表者（職名・氏名）	代表取締役 早川 茂
設立年月日	平成19年4月3日
電話番号	0283-27-0860

2. 事業所の概要

事業所の名称	ケアプランセンターほほえみ	
サービスの種類	居宅介護支援	介護予防支援
指定年月日	平成19年5月1日	令和6年4月1日
事業所番号	0970401048	
事業所の所在地	〒327-0844 栃木県佐野市富岡町1454番地	
電話番号	0283-27-0865	
管理者の氏名	桜井 真由美	
通常の事業の実施地域	佐野市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	要介護状態又は要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、適正な指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や地域包括支援センター、事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要介護状態又は要支援状態の軽減や悪化の防止のため、適切なサービスの提供に努めます。

4. 提供するサービスの内容

- あなたのお宅を訪問し、あなたの心身の状態を適切な方法により把握の上、あなた自身やご家族の希望を踏まえ、「居宅サービス計画（介護予防サービス計画）」を作成します。
- あなたの居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に基づくサービスの提供が確保されるよう、あなたとその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）の実施状況を把握します。
- 必要に応じて、あなたと事業者との双方の合意に基づき、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）を変更します。
- 指定居宅介護支援、指定介護予防支援及び指定居宅サービス事業者等についての相談・苦情窓口となり、適切に対処します。
- あなたの要介護（要支援）認定の申請についてお手伝いします。
- あなたが介護保険施設に入所を希望される場合、その仲介をいたします。

5. 営業日時

営業日	月曜日から金曜日まで ただし、国民の祝日（振り替え休日を含む）及び年末年始（12月30日から1月3日）を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時30分まで ※ただし、24時間連絡対応可能な体制を整えています。

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	員 数		
	常勤	非常勤	計
管理者兼主任介護支援専門員	1名	—	1名
介護支援専門員	1名	1名	2名
事務員	1名	—	1名

7. 利用料

指定居宅介護支援又は指定介護予防支援を提供した際の利用料金の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定居宅介護支援又は指定介護予防支援が法定代理受領サービスである時は、あなたの自己負担はありません。

ただし、保険料の滞納等により法定代理受領できない場合は、一旦、1ヵ月当たりの料金をお支払いいただきます。

その場合、事業者は証明書を発行いたしますので、後日、所在市町村窓口にて証明書を提出しますと払い戻しを受けることができます。

（1）居宅介護支援の利用料

【基本利用料】

該当	取扱要件		利用料 (1ヵ月あたり)		利用者負担金	
					法定代理受領分	法定代理受領分以外
□	居宅介護支援費 (I)	居宅介護支援費 (i) <取扱件数が45件未満>	要介護度 1・2	10,860円	無料	10,860円
			要介護度 3・4・5	14,110円		14,110円

<input type="checkbox"/>	(居宅介護支援費Ⅱを算定していない場合)	居宅介護支援費 (ii) 〈取扱件数が 45 件以上 60 件未満〉	要介護度 1・2	5,440 円	無 料	5,440 円
			要介護度 3・4・5	7,040 円		7,040 円
<input type="checkbox"/>		居宅介護支援費 (iii) 〈取扱件数が 60 件以上〉	要介護度 1・2	3,260 円		3,260 円
			要介護度 3・4・5	4,220 円		4,220 円
<input type="checkbox"/>	居宅介護支援費 (Ⅱ) (ケアプランデータ連携システムの活用及び事務職員の配置を行っている場合)	居宅介護支援費 (i) 〈取扱件数が 50 件未満〉	要介護度 1・2	10,860 円		10,860 円
			要介護度 3・4・5	14,110 円		14,110 円
<input type="checkbox"/>		居宅介護支援費 (ii) 〈取扱件数が 50 件以上 60 件未満〉	要介護度 1・2	5,270 円	5,270 円	
			要介護度 3・4・5	6,830 円	6,830 円	
<input type="checkbox"/>		居宅介護支援費 (iii) 〈取扱件数が 60 件以上〉	要介護度 1・2	3,160 円	3,160 円	
			要介護度 3・4・5	4,100 円	4,100 円	

(注1) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

(注2) 取扱件数の算定方法

(1月当たりの居宅介護支援利用者+介護予防支援利用者×1/3)÷介護支援専門員数により算定する。(介護支援専門員数は、常勤換算法による。)

【加算】以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

該当	加算の種類	加算の要件	加算額
<input type="checkbox"/>	初回加算	新規あるいは要介護状態区分が2区分以上変更された利用者に対し指定居宅支援を提供した場合(1月につき)	3,000円
<input type="checkbox"/>	特定事業所加算(Ⅰ)	主任介護支援専門員を配置し、質の高いケアマネジメントを実施できる体制を整える等、一定の要件を満たした場合(1月につき)	5,190円
<input type="checkbox"/>	特定事業所加算(Ⅱ)		4,210円
<input type="checkbox"/>	特定事業所加算(Ⅲ)		3,230円
<input type="checkbox"/>	特定事業所加算(A)		1,140円
<input type="checkbox"/>	特定事業所医療介護連携加算	前々年度の3月から前年度の2月までの間において、ターミナルケアマネジメント加算を15回以上算定している場合	1,250円
<input type="checkbox"/>	入院時情報連携加算(Ⅰ)	利用者が病院等に入院した日のうちに、当該病院等に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合(1月につき1回を限度)	2,500円
<input type="checkbox"/>	入院時情報連携加算(Ⅱ)	利用者が病院等に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院等に対して当該利用者に係る必要な情報を提供した場合(1月につき1回を限度)	2,000円
<input type="checkbox"/>	退院・退所加算(Ⅰ)イ	病院や介護保険施設等からの退院・退所に当たってカンファレンス以外の方法により1回受けている場合	4,500円

<input type="checkbox"/>	退院・退所加算(Ⅰ)ロ	病院等の職員から必要な情報の提供を右の区分の方法により受けた上で居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用調整を行った場合(入院又は入所期間中につき1回を限度)	カンファレンスにより1回受けている場合	6,000円
<input type="checkbox"/>	退院・退所加算(Ⅱ)イ		カンファレンス以外の方法により2回受けている場合	6,000円
<input type="checkbox"/>	退院・退所加算(Ⅱ)ロ		2回受けており、うち1回はカンファレンスによる場合	7,500円
<input type="checkbox"/>	退院・退所加算(Ⅲ)		3回以上受けており、うち1回はカンファレンスによる場合	9,000円
<input type="checkbox"/>	通院時情報連携加算	利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等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、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画(ケアプラン)に記録した場合		500円
<input type="checkbox"/>	緊急時等居宅カンファレンス加算	病院等の求めにより、医師等と共に居宅を訪問してカンファレンスを行い、利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合(1月に2回を限度)		2,000円
<input type="checkbox"/>	ターミナルケアマネジメント加算	在宅で死亡した利用者に対して、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、次の要件を満たした場合 ・24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備 ・利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治医等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施 ・訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治医等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者への提供		4,000円
<input type="checkbox"/>	特別地域居宅介護支援加算	当事業所が特別地域に所在する場合		上記基本利用料の15%
<input type="checkbox"/>	小規模事業所加算	当事業所が特別地域に所在せず、1月あたりの実利用者数が20名以下の小規模事業所である場合		上記基本利用料の10%
<input type="checkbox"/>	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	中山間地域において、 <u>通常の事業の実施地域外</u> に居住する利用者へサービス提供した場合		上記基本利用料の5%

【減算】 以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

該当	減算の種類	減算の要件	減算額
<input type="checkbox"/>	運営基準減算	指定居宅介護支援の業務が適切に行われず、一定の要件に該当した場合	上記基本利用料の50% (2月以上継続の場合100%)
<input type="checkbox"/>	特定事業所集中減算	居宅サービス計画に位置付けた訪問介護等について特定の事業者への集中率が、正当な理由なく80%を超える場合	2,000円
<input type="checkbox"/>	高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	上記基本料金の1%

<input type="checkbox"/>	業務継続計画未策定減算	当該基準に適合していない場合	上記基本料金の1%
<input type="checkbox"/>	事業所と同一建物の利用者又はこれ以外の同一建物の利用者20人以上の場合	当該減算の要件に該当した場合	上記基本料金の5%

(2) 介護予防支援の利用料

【基本利用料】

該当	基本部分	利用料 (1ヵ月あたり)	利用者負担金	
			法定代理受領分	法定代理受領分以外
<input type="checkbox"/>	介護予防支援費 (指定居宅介護支援事業所)	4,720円	無料	4,720円

(注) 上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改訂されます。なお、その場合は、事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】 以下の要件を満たす場合、上記の基本利用料に以下の料金が加算されます。

該当	加算の種類	加算の要件	加算額
<input type="checkbox"/>	初回加算	新規の利用者に対し指定介護予防支援を提供した場合(1月につき)	3,000円
<input type="checkbox"/>	特別地域介護予防支援加算	厚生労働大臣が定める地域に所在する場合	上記基本利用料の15%
<input type="checkbox"/>	小規模事業所加算	厚生労働大臣が定める地域に所在し、かつ厚生労働省が定める施設基準に適合する場合	上記基本利用料の10%
<input type="checkbox"/>	中山間地域等に居住する者へのサービス提供加算	厚生労働大臣が定める地域に居住している利用者に対して、通常の事業の実施地域を越えて、指定介護予防支援を行った場合	上記基本利用料の5%

【減算】 以下の要件に該当する場合、上記の基本利用料から減算されます。

該当	減算の種類	減算の要件	減算額
<input type="checkbox"/>	高齢者虐待防止措置未実施減算	虐待の発生又はその再発を防止するための措置が講じられていない場合	上記基本料金の1%
<input type="checkbox"/>	業務継続計画未策定減算	当該基準に適合していない場合	上記基本料金の1%

(3) 支払い方法

上記の利用料は、1ヵ月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。

支払い方法	支払い要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の27日(祝休日の場合は直後の平日)に、あなたが指定する口座より引き落とします。

銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の末日(祝休日の場合は直後の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 足利銀行 佐野支店 普通口座 3395341
現金払い	サービスを利用した月の翌月の末日までに、現金でお支払いください。

8. 居宅サービス計画の各サービスの利用状況

当事業所の居宅サービス計画の訪問介護、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次のとおりです。

- (1) 前6か月間に作成した居宅サービス計画における、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利用割合

訪問介護	28.14%
通所介護	70.34%
地域密着型通所介護	6.73%
福祉用具貸与	66.06%

- (2) 前6か月間に作成した居宅サービス計画における、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ごとの、同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	訪問介護ステーション 言の葉 32.6%	ヘルパーステーション ほほえみ 26.1%	SOMPO ケア佐野 訪問介護 10.9%
通所介護	デイサービスセンター ほほえみ古里館 33.5%	リハビリ LA b. 花咲 21.7%	リハビリパーク ほほえみ 13.1%
地域密着型通所介護	デイサービスセンター 万葉塾 27.3%	アスアルク号 27.3%	ステップわかば 22.7%
福祉用具貸与	株式会社 仁濟 20.4%	(株)栗原医療器械店 太田支店 18.5%	エフビー介護サービス 株式会社 13.0%

- (3) 集計期間

令和7年 3月 1日 から 令和7年 8月 31日

9. 身分証携行義務

訪問する職員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

10. 事故発生時の対応

指定居宅介護支援の提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、市町村等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

11. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者 桜井 真由美
-------------	------------

- (2) 成年後見制度の利用を支援します。
- (3) 苦情解決体制を整備しています。
- (4) 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- (5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を設立します。
- (6) 虐待の防止のための指針を作成します。

1 2. 居宅介護支援又は介護予防支援の提供にあたっての留意事項について

- (1) 利用者は、介護支援専門員に対して複数の指定居宅サービス事業者等の紹介を求めることや、居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に位置付けた指定居宅サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。
- (2) 居宅介護支援又は介護予防支援の提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定（要支援認定）の有無及び要介護認定（要支援認定）の有効期間）を確認させていただきます。被保険者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。
- (3) 利用者が要介護認定（要支援認定）を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、要介護認定（要支援認定）の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定（要支援認定）の有効期間が終了する30日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。
- (4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する介護支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

1 3. 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、次のとおりです。ご不明な点やご要望などがありましたら、何でもお申し出ください。

氏 名： 桜井 真由美

電話番号： 0283-27-0865

緊急連絡先： 090-4425-6146

※24時間連絡対応可能な体制を整えています。

1 4. 苦情相談窓口

(1) 苦情の受付

当事業所が設置する苦情相談窓口は、次のとおりです。当事業所が提供した指定居宅介護支援に関する苦情だけでなく、当事業所が作成した居宅サービス計画（介護予防サービス計画）に位置付けたサービスに関する苦情も、遠慮なくお申し出ください。

○苦情受付窓口（担当者）

職 名 管理者 桜井 真由美

○受付時間 午前8時30分～午後5時30分

電話番号 0283-27-0865

F A X 0283-27-0870

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し立てることができます。

佐野市介護保険課	所在地 電話番号 F A X 受付時間	佐野市高砂町1番地 0283-20-3022 0283-21-3254 午前8時30分～午後5時15分
佐野市いきいき高齢課	所在地 電話番号 F A X 受付時間	佐野市高砂町1番地 0283-20-3021 0283-21-3254 午前8時30分～午後5時15分
栃木県国民健康保険団体連 合会	所在地 電話番号 F A X 受付時間	宇都宮市本町3-9 本町合同ビル6階 028-643-2220 028-643-5411 午前8時30分～午後5時
栃木県運営適正化委員会	所在地 電話番号 F A X 受付時間	宇都宮市若草1-10-6 028-622-2941 028-622-2316 午前9時～午後4時

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事 業 者 所 在 地 栃木県佐野市寺中町2417番地1
 事 業 者 名 株式会社HSコーポレーション
 代表者職・氏名 代表取締役 早 川 茂 印
 説明者職・氏名 ケアプランセンターほほえみ
 管理者 桜井 真由美 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

利 用 者 住 所
 氏 名 印

署名代行者（又は法定代理人）
 住 所
 本人との続柄
 氏 名 印