

居宅介護支援重要事項説明書

(令和 7年 11月 30日現在)

1. 当事業者が提供するサービスについての相談窓口

電話 0476-95-8941

担当 _____

※ ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. 栄白翠園ケアサービスセンターの概要

(1) 居宅介護支援の指定事業者番号およびサービス提供地域

事業者名	栄白翠園ケアサービスセンター
所在地	印旛郡栄町酒直中台1335番地
介護保険指定事業者番号	居宅介護支援 (千葉県1274400090)
サービスを提供する地域	栄町、佐倉市、成田市、印西市

(2) 事業者の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者	介護福祉士	1名 ()	名 ()	従業員の管理及び業務の管理を一元的に行います	1名
介護支援専門員 (管理者含む)	介護福祉士	4名 ()	名 ()	居宅サービス計画の作成、サービス事業者との連絡調整、その他の便宜の提供を行います	4名
	社会福祉士	名 ()			
事務職員		1名 ()	1名 ()	必要な事務を行います	2名

※ () 内は男性再掲

(3) 営業日及び営業時間

- ① 営業日 祝祭日を除く月曜日～金曜日。
但し、年末年始(12月29日～1月3日)は休業。
- ② 営業時間 午前8時30分～午後5時30分。
- ③ その他

3. 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 要介護認定の申請や手続き等に係る必要な協力を行います。
- ② 利用者又はその家族の希望等を勘案し、居宅サービス計画を作成するとともに、居宅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居宅サービス事業者及びその他の者との連絡調整などの便宜を継続的に提供します。
- ③ 各種サービスの調整及び専門的な見地からの意見を求めるために、サービス担当者会議を開催します。
- ④ 特段の事情のない限り月1回の利用者の居宅訪問と、少なくとも月1回のモニタリングの記録を行います。
- ⑤ 利用者が介護保険施設への入所を要する場合は、施設への紹介その他の便宜の提供を行います。

4. 利用料

(1) 種類

- ① 利用料(地域区分5級地 単位数単価10,70円)

要介護認定を受けた方は、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。

※ 保険料の滞納等により、法定代理受領ができなくなった場合、1ヶ月につき要介護度等に依りて下記の金額をいただき、当施設からサービス提供証明書を発行いたします。このサービス提供証明書を後日市町村の窓口に出すと、全額払戻を受けられます。

• 居宅介護支援費 I i 1	1,086 単位
I i 2	1,411 単位
I ii 1	544 単位
I ii 2	704 単位
I iii 1	326 単位
I iii 2	422 単位
• 居宅介護支援費 II i 1	1,086 単位
II i 2	1,411 単位
II ii 1	527 単位
II ii 2	638 単位
II iii 1	316 単位
II iii 2	410 単位

② 加算

• 初回加算	300 単位
• 特定事業所加算 I	519 単位
• 特定事業所加算 II	421 単位
• 特定事業所加算 III	323 単位
• 特定事業所加算 A	114 単位
• 特定事業所医療介護連携加算	125 単位
• 入院時情報連携加算 I	250 単位
• 入院時情報連携加算 II	200 単位
• 退院・退所加算 I イ	450 単位
• 退院・退所加算 I ロ	600 単位
• 退院・退所加算 II イ	600 単位
• 退院・退所加算 II ロ	750 単位
• 退院退所加算 III	900 単位
• 通院時情報連携加算	50 単位
• 緊急時等居宅カンファレンス加算	200 単位
• ターミナルケアマネジメント加算	400 単位

③ 交通費

前記2の(1)のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。
それ以外の地域の方は、別途料金を頂きます。

実施地域を越えた地点から片道10km未満	300円
以降10kmを越えるごとに	200円

④ 解約料

お客様はいつでも契約を解約することができ一切料金はかかりません。

⑤ その他

- サービス提供地域以外にお住まいの場合、代行に係る実費相当費用を頂きます。
- 記録の複写物等に係る経費は実費相当費用を頂きます。

(2) 支払い方法

料金が発生する場合、基本的に現金徴収とします。

5. サービスの利用方法及び留意点

(1) サービスの利用開始

まずは、当事業者との契約を締結したのち、サービスの提供を開始します。

(2) サービスの終了

① 利用者のご都合でサービスを終了する場合

文書でお申し出下さればいつでも解約できます。

② 当事業者の都合でサービスを終了する場合

止むを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知するとともに、地域の他の居宅介護支援事業者をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・ お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・ 介護保険給付でサービスを受けていた利用者の要介護認定区分が、非該当（自立）、要支援1又は要支援2と認定された場合
- ・ 利用者がお亡くなりになった場合

④ その他

利用者又はご家族などが当事業者や当事業者の介護支援専門員に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

(3) その他

業務上必要な事項以外、職員との私的な関わり（メール・携帯電話への連絡等）につきましてはご遠慮下さい。

6. 当事業者の居宅介護支援の特徴

(1) 運営の方針

- ・ 指定居宅介護支援は、利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むために必要かつ適切なサービスが提供されるよう配慮いたします。
- ・ 事業の実施に当たっては、お客様の意思及び人格を尊重し、公平中立に行います。
- ・ 居宅サービス事業所については複数の事業所の紹介を求めることが可能であることや、当該事業所を居宅サービス計画に位置付けた理由を求めることが可能であることを説明いたします。
- ・ 当事業所が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、福祉用具貸与の利用状況は別紙の通りでございます。

(2) 居宅介護支援の実施概要

- ・ 居宅サービス計画原案作成に当たっては居宅訪問調査を原案し、課題分析は「居宅サービス計画ガイドライン」(全国社会福祉協議会)をはじめとして個別に対応いたします。

7. サービス内容に関する相談及び苦情処理

① 当事業者利用者相談・苦情担当

当事業者の居宅介護支援に関するご相談・苦情及び居宅サービス計画に基づいて提供している各サービスについてのご相談・苦情を承ります。

担当者：

電話：0476-95-8941

② その他

当事業者以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

- ・ 千葉県印旛郡栄町健康介護課介護総務班 電話：0476-33-7709
- ・ 千葉県国民健康保険団体連合会介護保険課 電話：043-254-7428
- ・ 成田市福祉部介護保険課 電話：0476-20-1545

- 印西市福祉部高齢者福祉課介護保険係 電話：0476-33-4623
- 佐倉市福祉部介護保険課 電話：043-484-6174
- その他各市町村の介護保険課等

8. 当事業者の概要

- | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|--|----------|-----|----------|-----|------|-----|-----------|-----|------------|-----|------------|-----|---------------|-----|
| (1) 名称・法人種別 | 社会福祉法人 誠友会 | | | | | | | | | | | | | | |
| (2) 代表者役職・氏名 | 理事長 竹内 淳 | | | | | | | | | | | | | | |
| (3) 定款の目的に定めた事業 | 1. 特別養護老人ホーム設置運営
2. 老人デイサービス事業
3. 老人短期入所事業
4. 老人介護支援センター事業
5. 老人居宅介護等事業
6. その他これに付随する業務 | | | | | | | | | | | | | | |
| (4) 施設・拠点等 | <table border="0"> <tr><td>介護老人福祉施設</td><td>3カ所</td></tr> <tr><td>短期入所生活介護</td><td>2カ所</td></tr> <tr><td>通所介護</td><td>3カ所</td></tr> <tr><td>居宅介護支援事業所</td><td>2カ所</td></tr> <tr><td>地域包括支援センター</td><td>1カ所</td></tr> <tr><td>在宅介護支援センター</td><td>1カ所</td></tr> <tr><td>サービス付き高齢者向け住宅</td><td>1カ所</td></tr> </table> | 介護老人福祉施設 | 3カ所 | 短期入所生活介護 | 2カ所 | 通所介護 | 3カ所 | 居宅介護支援事業所 | 2カ所 | 地域包括支援センター | 1カ所 | 在宅介護支援センター | 1カ所 | サービス付き高齢者向け住宅 | 1カ所 |
| 介護老人福祉施設 | 3カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 短期入所生活介護 | 2カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 通所介護 | 3カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 2カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 地域包括支援センター | 1カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| 在宅介護支援センター | 1カ所 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス付き高齢者向け住宅 | 1カ所 | | | | | | | | | | | | | | |

9. その他

当重要事項の説明に関し、ご不明な点等がありましたら、いつでもお問い合わせ下さい。

令和 年 月 日

居宅介護支援の提供にあたり、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。

(事業者) 所在地 印旛郡栄町酒直1335番地
 名 称 栄白翠園ケアサービスセンター ⑩
 説明者・所属 栄白翠園ケアサービスセンター
 氏名 ⑩

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重要事項の説明を受けました。

(利用者) 住 所
 氏 名 ⑩

(利用者に代わって契約を締結する者)
 利用者との関係
 住 所
 氏 名 ⑩