

ケアフォーライフ居宅介護支援事業所

重要事項説明書

1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話：047-711-5517（平日の月曜日～金曜日 9:00～17:00）

上記時間帯以外は転送により受電。（24時間受付）受電後担当介護支援専門員へ連絡。

担当：管理責任者 主任介護支援専門員 廣木 美枝子

2. 居宅介護支援事業所の概要

(1) 居宅介護支援事業所の指定番号およびサービス提供地域

法人名	株式会社ケアフォーライフ
代表者	荏原 昭夫
事業所名	ケアフォーライフ居宅介護支援事業所
所在地	千葉県松戸市松戸新田 575-26-2 階
事業所の指定番号	指定事業所番号 1271209635
サービスの提供地域	松戸市・市川市・柏市・浦安市

(2) 事業所の職員体制（本書記入日現在）

管理者1名（兼務）

介護支援専門員 常勤7名 非常勤0名

(3) 営業時間

月曜日～土曜日 8:30～17:30

3. 居宅介護支援申し込みからサービス提供までの順序（実際の内容が前後することがあります）

■申し込み→■居宅介護支援の契約→■課題の把握・分析→■ケアプラン作成→■サービス担当者会議→

■サービス事業者への連絡・調整→■各サービスの実施→■各サービスの再評価・継続的管理

4. 利用料金

(1) 利用料（ケアプラン作成料）

要介護認定を受けられた方は、介護保険から全額給付されるので自己負担はありません、ただし、保険料の滞納等により、保険給付が直接事業者を支払われない場合、1ヶ月につき要介護度に応じて下記の金額をいただき、当事業所からサービス提供証明書を発行します。このサービスは提供証明書を後日、市町村（保険者）の窓口に出しますと、全額払い戻しを受けられます。

※法令の変更により金額や自己負担等について変わることがあります。その際は法令に従うとともに事前にお知らせします。

（居宅介護支援利用料）介護支援専門員1人あたりの担当件数

45人未満の場合 （居宅介護支援費Ⅰ）	要介護1・2の方 要介護3・4・5の方	11,513円 14,958円
45～59人の場合 （居宅介護支援費Ⅱ）	要介護1・2の方 要介護3・4・5の方	5,585円 7,243円

※情報通信機器の活用により逡減性の適応あり

（加算）

初回加算	3,210円
入院時情報連携加算Ⅰ	2,675円
入院時情報連携加算Ⅱ	2,140円
退院・退所加算Ⅰイ	4,815円
退院・退所加算Ⅰロ	6,420円
退院・退所加算Ⅱイ	6,420円
退院・退所加算Ⅱロ	8,025円
退院・退所加算Ⅲ	9,630円
ターミナルケアマネジメント加算	4,280円
緊急時等居宅カンファレンス加算	2,140円

(2) その他の費用

① 交通費

前記2の(1)のサービス提供地域にお住まいの方は無料です。それ以外の地域の方は、交通費を1kmあたり100円徴収します。もしくはお住まいの地域の居宅介護支援事業所をご紹介します。

② 解約料

解約料はいただきません。解約の際はなるべく早くお知らせください。

5. ハラスメント

介護支援専門員に対してのハラスメント（身体的暴力、精神的暴力およびセクシャルハラスメント等）があると、契約解除の通知をすることとなります。男女雇用機会均等法におけるハラスメント対策に関する事業者の責務を踏まえつつ、ハラスメント対策に取り組みます。

6. 感染症・業務継続計画

感染症か非常災害の発生時において業務を継続的に実施、再開するための計画を策定し、必要な研修および訓練を定期的に開催します。感染症の発生および蔓延に関する取り組みを徹底します。

7. 高齢者虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、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の選定。廣木 美枝子

② 成年後見制度利用の支援。

③ 苦情解決体制の設備。

④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施。

⑤ 虐待の発生、またはその再発を防止するための委員会の開催、指針の整備。

8. サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所の相談・苦情窓口

居宅介護支援や各サービスについての相談・苦情を承ります。担当介護支援専門員または管理者までお申し出ください。

苦情相談窓口・苦情解決責任者 廣木 美枝子	047-711-5517
-----------------------	--------------

(2) その他の窓口

市区町村の窓口でも苦情の申し立てができます。受付（平日）午前9時～午後5時

千葉県国民健康保険団体連合会 (千葉市稲毛区天台6-4-3)	043-254-7409
松戸市役所介護保険課 (松戸市根本387-5)	047-366-7370

9. 事故発生時の対応

当事業所は、事故が発生した場合は速やかに公的機関、利用者の家族と連絡を行うとともに必要な措置を講じます。
また、状況に応じて、主治医、関係者に連絡を行い対応します。

10. 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について

① 前6ヶ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利用割合

訪問介護	30.41%
通所介護	53.93%
地域密着型通所介護	10.66%
福祉用具貸与	65.64%

② 前6ヶ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同一事業者によって提供されたものの割合

訪問介護	親愛ケアサービス株式会社 利用件数 100 件 利用割合 28.73%	有限会社アウル 利用件数 26 件 利用割合 7.47%	株式会社オルビス 利用件数 24 件 利用割合 6.89%
通所介護	親愛ケアサービス株式会社 利用件数 183 件 利用割合 29.65%	株式会社やまねメディカル 利用件数 100 件 利用割合 16.20%	株式会社ツクイ 利用件数 68 件 利用割合 11.02%
地域密着型通所介護	株式会社 6th Man 利用件数 24 件 利用割合 19.67%	株式会社いきいき舎 利用件数 16 件 利用割合 13.11%	エスエス・トータルケア株式会社 利用件数 12 件 利用割合 9.83%
福祉用具貸与	株式会社トーカイ 利用件数 172 件 22.90%	株式会社かんきょう 利用件数 92 件 12.25%	株式会社ボウサイ 利用件数 64 件 8.52%

③ 判定期間（令和7年度）

前期（3月1日～8月末日）

後期（9月1日～2月末日）

本契約を証するため、以下に証明捺印のうえ、作成した2通を利用者と事業者で各1通ずつ保有します。

私は、本書面により事業所から居宅介護支援について、契約書および重要な事項の説明を受けました。

令和 年 月 日

【利用者】

住 所 _____

氏 名 _____ 印

【代理人】

住 所 _____

氏 名 _____ 印