

重要事項説明書

(居宅介護支援)

1 事業所の概要

事業所名	居宅介護支援事業所 きずな
所在地	神奈川県伊勢原市高森4-19-34
事業者指定番号	神奈川県 1474001227号
管理者・連絡先	須加 由美子 0463(96)2604
サービス提供地域	伊勢原市全域 秦野市(鶴巻) 平塚市(岡崎・ふじみ野・横内) 厚木市(愛甲・愛甲東・七沢・小野・上落合)

2 事業所の職員体制等

職種	従事するサービス種類、業務	人員
管理者	統括・管理	1名
介護支援専門員	介護支援業務	7名(兼務 1名)
事務担当職員	事務全般業務	0名(常勤 0名、非常勤 0名)

3 営業日・営業時間

営業日	月曜日～金曜日 *土曜日・日曜日・12月30日～1月3日はお休みです。 (365日24時間 相談が可能です)
通常営業時間	8:30～17:30
電話	0463-96-2604 時間外(緊急時のご連絡)は、社会福祉法人ウェルエイジ 小規模多機能型居宅介護 サテライト絆 (0463-75-9850)にお願いします。 担当者より折り返し連絡します。

4 サービスの内容

- ①居宅サービス計画書の作成
- ②居宅サービス事業者との連絡・調整

- ③サービス実施状況の評価
- ④利用者状況の把握
- ⑤給付管理
- ⑥要介護認定申請に対する協力・援助
- ⑦相談業務
- ⑧その他付随する業務

5 サービス利用料及び利用者負担

- (1) 要介護を受けた方は介護保険から全額給付されるため、利用者の自己負担はありません。
- (2) 介護支援専門員が通常のサービス地域をこえる地域に訪問・出張する必要がある場合には、その交通費（実費）の支払いが必要となり、秦野市、平塚市、厚木市の場合には以下に記載するサービス提供地域外の場合片道1kmあたり20円の支払いが必要となります。

秦野市	鶴巻の境界からの地域
平塚市	岡崎・ふじみ野・横内の境界からの地域
厚木市	愛甲・愛甲東・七沢・小野・上落合の境界からの地域

項目	算定方法	金額
居宅介護支援費 要介護1又は2 (感染症対応として令和3年4~9月)	1ヶ月につき	11,513円
	1ヶ月につき	11,523円
居宅介護支援費 要介護3・4・5 (感染症対応として令和3年4~9月)	1ヶ月につき	14,958円
	1ヶ月につき	14,969円
初回加算	1回につき	3,210円
特定事業所加算Ⅱ	1ヶ月につき	4,354円
入院時情報連携加算Ⅰ	1ヶ月につき	2,140円
入院時情報連携加算Ⅱ	1ヶ月につき	1,070円
退院・退所加算(Ⅰ)イ	1回につき	4,815円
退院・退所加算(Ⅰ)ロ	1回につき	6,420円
退院・退所加算(Ⅱ)イ	1回につき	6,420円
退院・退所加算(Ⅱ)ロ	1回につき	8,025円
退院・退所加算(Ⅲ)	1回につき	9,630円
通院時情報連携加算	1回につき	535円
緊急時等居宅カンファレンス加算	1回につき	2,140円
ターミナルケアマネジメント加算	1ヶ月につき	4,280円

- * 利用者の保険料滞納等により、保険給付金が事業者を支払われない場合があります。その場合、利用者は一旦1か月あたりの上記料金をお支払いいただきます。その際サービス提供証明書と領収書を発行します。後日、保険者にサービス提供証明書と領収書を提出すると払い戻しを受けることができます。

6 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は速やかに主治医や協力医療機関への連絡等必要な措置を講じます。

7 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族様、市町村、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8 秘密保持

- (1) 事業者は、業務上知り得た利用者及びその家族に関する秘密及び個人情報については、利用者又は第3者の生命、身体等に危険がある場合など正当な理由がある場合を除いて、契約中及び契約終了後、第3者に漏らすことはありません。
- (2) 事業者は、居宅介護支援の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合には、この限りではありません。

9 相談窓口、苦情対応

- サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

当社お客様相談窓口	電話番号	0463(96)2604
	fax番号	0463(96)2704
	相談員(責任者)	須加 由美子
	対応時間	8:30-17:30

- 公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

市町村介護保険相談窓口	伊勢原市役所	介護高齢課(土日祝日及び年末年始を除く)
	所在地	伊勢原市田中348番地
	電話番号	0463(94)4722
	対応時間	8:30-17:15
	秦野市役所	高齢介護課(土日祝日及び年末年始を除く)
	所在地	秦野市桜町1-3-2
	電話番号	0463(82)9616
	対応時間	8:30-17:00
	平塚市役所	介護保険課(土日祝日及び年末年始を除く)
	所在地	平塚市浅間町9番1号
	電話番号	0463(21)8790
	対応時間	8:30-17:00
	厚木市役所	介護福祉課(土日祝日及び年末年始を除く)
	所在地	厚木市中町3丁目17番17号
	電話番号	046(225)2240
	対応時間	8:30-17:15

神奈川県国民健康保険団体連合会（国保連）	所在地 横浜市西区楠町27番地1 電話番号 045(329)3447 利用時間 8:30-17:15（土日祝日及び年末年始を除く）
----------------------	-------------------------------------------------------------------------

10 当社の概要

名称・法人種別	社会福祉法人 ウェルエイジ
代表者名	大脇 兼弘
本社所在地・電話	神奈川県伊勢原市高森二丁目18番1号 0463(75)9850
業務の概要 (介護保険給付内)	小規模多機能型居宅介護 小規模多機能型居宅介護（サテライト） 定期巡回随時対応型訪問介護看護 夜間対応型訪問介護 訪問介護 居宅介護支援 地域包括支援センター
(介護保険給付外)	なし

【説明確認欄】

年 月 日

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記により重要事項を説明しました。

事業者 所在地 伊勢原市高森4-19-34
 事業者名 社会福祉法人 ウェルエイジ
 居宅介護支援事業所 きずな
 説明者 _____ 印

居宅介護支援契約の締結にあたり、上記のとおり説明を受け、同意をし、交付を受けました。

年 月 日

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

代理人又は立会人

住 所 _____

氏 名 _____ 続柄 _____ 印

<代理人又は立会人を選任した理由>