

デイサービス 和らぎ 重要事項説明書

1 事業所の概要

事業所名	デイサービス 和らぎ	
所在地	神奈川県南足柄市和田河原576	
提供可能サービス	通所介護	
介護保険事業所番号	1474300249号	
管理者	石川和枝	連絡先 0465-71-1117
受付窓口	石川和枝・石坂美智子・中村晃子	連絡先 0465-71-1117
サービス提供地域	南足柄市、小田原市の一部（大沢・鬼柳・栢山・富水・北ノ窪） 足柄上郡（開成町、松田町、大井町、山北町の一部（向原・山北））	

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	施設の管理者	1名
生活相談員	生活相談業務	3名（常勤 3名、非常勤 名）
サービス担当職員	デイサービスの運営	17名（常勤 6名、非常勤 11名）
サ ー ビ ス 提 供 者	理学療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	作業療法士	名（常勤 名、非常勤 名）
	看護師	3名（常勤 2名、非常勤 1名）
	社会福祉士	名（常勤 名、非常勤 名）
	介護福祉士	5名（常勤 5名、非常勤 名）
	ホームヘルパー2級	2名（常勤 名、非常勤 2名）
	介護職員初任者研修	名（常勤 名、非常勤 名）
	その他	7名（常勤 名、非常勤 7名）

3 サービス提供地域（通常の送迎地域）

南足柄市、小田原市の一部（大沢・鬼柳・栢山・富水・北ノ窪）、足柄上郡（開成町、松田町、大井町、山北町の一部（向原・山北））

サービス種類	月曜日 ~ 土曜日	祭日
通所介護	9:00~16:00	9:00~16:00

注）年末年始（12/30~1/3）は閉館となります。

4 利用者負担金

※ 利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は料金表に定めるとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担金（費用全体の1・2・3割）
- ② 運営基準（厚生省令）で定められた「その他の費用」（全額、自己負担）
- ③ 通常のサービス提供の範囲を超える保険外の費用（全額、自己負担）

なお、②又は③の費用が必要となる場合には、事前に詳細を説明のうえ、利用者の同意を得なければならないこととされています（疑問点等があれば、お尋ねください）。

ア 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。

A 自動口座引き落とし（ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。）

B 現金払い（サービス提供時に毎回又は月1回定められた日にお支払い願います）

イ 上記の利用者負担金は、「法定代理受領（現物給付）」の場合について記載しています。

居宅サービス計画を作成しない場合など、「償還払い」となる場合には、いったん利用者が利用料（10割）を支払い、その後市町村に対して保険給付分（9割）を請求することになります。

※ 介護保険外のサービスとなる場合（サービス利用料の一部が制度上の支給限度額を超える場合を含む。）には、全額自己負担となります。（介護保険外のサービスとなる場合には、居宅サービス計画を作成する際に介護支援専門員から説明のうえ、利用者の同意を得ることになります。）

5 サービス利用の中止

(1) 利用者がサービスの利用の中止をする際には、すみやかに所定の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：生活相談員 石川和枝・石坂美智子・中村晃子（0465-71-1117）

(2) 利用者の都合でサービスを中止にする場合には、できるだけサービス利用の前日までにご連絡ください。前日又は当日のキャンセルは、次のキャンセル料を申し受けることとなりますので、ご了承ください（ただし、弊施設の都合・天候急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です）。

(3) キャンセル料は、利用者負担金の支払いに合わせてお支払いいただきます。

時 間	キャンセル料	備 考
サービス利用日の前日まで	無 料	
サービス利用日の当日	利用者負担金の100%	

6 当社のサービスの方針等

(1) 事業の目的

要介護状態又は要支援状態にある高齢者等に対し、適正な指定通所介護事業を提供することを目的とします。

(2) 運営の方針

事業所の通所介護従事者は、要介護状態等の心身の特性を踏まえて、その利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、さらに利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにその家族の身体的、精神的負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び機能訓練等の介護その他必要な援助を行います。また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとします。

7 緊急時の対応

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族、主治医、救急機関、居宅介護支援事業者等に連絡します。

医療機関等	主治医等の氏名 連 絡 先
緊急連絡先	氏 名 連 絡 先

8 非常災害対策

非常災害対策に備えて、消防計画、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防火管理者または火気・消防等についての責任者を定め、年2回定期的に避難、救出その他必要な訓練を行う。

9 相談窓口、苦情対応

(1) 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 0465-71-1117 fax番号 0465-72-7887 相談員 石川和枝・石坂美智子・中村晃子 対応時間 8:00~17:00
-----------	---

(2) 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	担当課	電話番号	FAX
小田原市	高齢介護課	0465-33-1827	公表なし
南足柄市	高齢介護課	0465-73-8057	0465-74-0545
開成町	福祉介護課	0465-84-0316	0465-82-5234
松田町	福祉課高齢介護係	0465-83-1226	0465-44-4685
大井町	介護福祉課	0465-83-8024	0465-83-8016
山北町	保険健康課	0465-75-3642	0465-79-2171

神奈川県国民健康保険 団体連合会（国保連）	電話番号 0570-022-110 FAX番号 0570-033-110	所在地 〒220-0003 横浜市西区楠町27番地1
--------------------------	---	-------------------------------

10 当法人の概要

法人の名称	有限会社和らぎ
代表者名	代表取締役 田代哲也
所在地・電話	神奈川県南足柄市和田河原625-3 / 0465-71-1718
業務の概要	高齢福祉事業・不動産賃貸・管理`他
事業所数	3ヶ所

【 説明確認欄 】

年 月 日

サービス契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明して、交付しました。

(事業者) 事業者名 デイサービス 和らぎ

説明者 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり交付され説明を受け同意しました。

年 月 日

(利用者) 氏 名 印

代理人又は立会人

氏 名 印