

# 重要事項説明書

(潤生園 やすらぎの家 久野)

社会福祉法人 小田原福社会

## 1、事業所の概要

- ・事業所名 潤生園 やすらぎの家 久野
- ・介護保険事業所番号 1472300233 (平成12年3月1日神奈川県指定)
- ・提供サービス 通所介護
- ・管理者及び連絡先 足利 妙子 (小田原市久野962 連絡先 0465-32-4770)
- ・提供可能地域 小田原市、その他要相談

## 2、事業所の職員体制 (平成21年 4月 1日現在)

管理者1名(常勤兼務職員)、生活相談員2名(常勤兼務職員) 機能訓練指導員3名(常勤兼務職員1名、非常勤兼務職員2名)、介護職員6名(常勤兼務職員2名、非常勤専従職員4名)、看護職員5名(常勤兼務職員2名、非常勤兼務職員3名)

## 3、サービス提供時間

- ・営業日 月曜日～土曜日、及び祝日(ただし、1月1日から1月3日までを除く)
- ・営業時間 午前8時00分～午後5時00分まで
- ・サービス提供時間 午前9時20分～午後3時30分まで

## 4、定員 13名

## 5、利用者負担金

※利用者負担金は、次の3種類に分かれます。具体的な金額は下記のとおりです。

- ① 介護報酬に係る利用者負担金(費用全体の1割)
- ② 運営基準(厚生省令)で定められた「その他の費用」(食費600円等、自己負担)
- ③ 時間延長サービス 有り、別途契約による。(全額自己負担)
- ④ 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)
  - ・特別な行事に係る費用
  - ・趣味、嗜好に係る費用

なお、③又は④の費用の支払いを受ける場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名(記名捺印)を受けることとする。

(円)

要介護度区分	基本サービス料金	入浴(注1)	1回あたり利用料金の目安(基本サービス+入浴の場合)
要介護1	815	52	866
要介護2	949	52	1,001
要介護3	1,085	52	1,137
要介護4	1,220	52	1,272
要介護5	1,356	52	1,408

(注1) 入浴介助加算

入浴サービスをご利用された場合、50単位/日(52円)が加算されます。

## <その他>

※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。

○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。）

○現金払い（サービス提供時に毎回お支払い願います）

※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。

## 6、サービス利用の中止

(1) サービスの利用の中止をする際には、下記の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話）：0465-32-4770

(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々日までにご連絡ください。なお、キャンセル料を頂く場合がございます。

## 7、損害賠償責任

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに期すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

## 8、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。

- ・相談責任者 管理者 足利 妙子
- ・対応時間 午前8時00分～午後5時00分
- ・電話番号 0465-32-4770・0465-35-9500
- ・ファックス 0465-32-4770

《公的受付機関》

- ・小田原市高齢介護課（月～金曜日 8:30～17:15）  
小田原市荻窪300 TEL0465-33-1872
- ・神奈川県国民健康保険団体連合会（月～金曜日 8:30～17:00）  
横浜市西区楠町27-1 TEL0570-022110 Fax0570-033110
- ・神奈川県保健福祉部福祉監査指導課（月～金曜日 8:30～17:15）  
横浜市中区日本大通1 TEL045-210-4820

## 9、法人の概要

名称	社会福祉法人 小田原福祉会		
代表者名	理事長 時 田 純		
所在地	小田原市穴部377番地		
TEL	0465-34-6001		
FAX	0465-34-9520		
事業概要	・特別養護老人ホーム 100名	・短期入所生活介護 70名	
	・訪問介護事業所 1事業所	・夜間対応型訪問介護 1事業所	
	・訪問入浴事業所 1事業所	・通所介護事業所 12事業所	

（平成21年 4月 1日現在）

## 10、緊急時の対応

事業者は、現に通所介護の提供を行っている時に事故による利用者の怪我及び利用者の病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師又は歯科医師に連絡をとる等必要な措置を講じます。

平成 年 月 日  
上記のとおり重要事項を説明いたしました。

説明者氏名 \_\_\_\_\_ 印

上記のとおり重要事項の説明を受け、内容を承諾し、交付を受けました。



氏 名 \_\_\_\_\_ 印  
(代 理 )