

## 介護予防・日常生活支援総合事業 重要事項説明書

### 1. 事業所の概要

Well (ウェル)

|                     |                               |        |              |
|---------------------|-------------------------------|--------|--------------|
| 事業所名                | Well (ウェル)                    |        |              |
| 所在地                 | 〒 250-0055 神奈川県小田原市久野469      |        |              |
| 提供可能サービス及び介護保険事業所番号 | 介護予防・日常生活支援総合事業<br>1472301710 |        |              |
| 管理者及び連絡先            | サービス種類                        | 氏名     | 連絡先          |
|                     | 通所型(国基準型)                     | 加藤 めぐみ | 0465-43-6171 |

### 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      |               | 1名            |
| サービス担当職員 | 生活相談員         | 3名(内、非常勤 0名)  |
|          | 作業療法士         | 2名(内、非常勤 1名)  |
|          | 介護職員          | 14名(内、非常勤 7名) |
|          | 看護職員          | 3名(内、非常勤 1名)  |

### 3. サービス提供地域

小田原市全域 (上記の地域以外の方でも、ご希望の方はご相談ください)

### 4. 定員及びサービス提供時間

| サービス種類 | 定員  | 提供時間  |
|--------|-----|---|
| 国基準通所型 | 32名 | 9:00~15:00<br>(希望により9:00~11:00、13:00~15:00も可) |

(注) 土曜日・日曜日・年末年始(12/30~1/3)は「休日」の扱いとなります。  
祝祭日は、営業します。

### 5. サービス内容

- (1) 生活指導(相談援助等)  
利用者及びその家族の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行います。
- (2) 機能訓練(日常生活動作訓練)  
体力や機能の低下を防ぐために必要な訓練及び日常生活に必要な基本的動作を獲得するための訓練を行います。
- (3) 介護サービス  
日常生活動作能力の程度により、必要な支援及びサービスを提供します。  
(排泄の介助、移動・移乗の介助、養護、その他必要な身体の介護)
- (4) 送迎に関すること  
送迎を必要とする利用者に対し送迎サービスを提供します。
- (5) その他利用者に対する便宜の提供

### 6. 従業者の職務内容

- (1) 管理者 : 事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。
- (2) 生活相談員 : 生活指導、その他指定事業の提供にあたる
- (3) 看護職員 : 健康チェック等を行うことにより、利用者の健康状態を的確に把握するとともに、利用者が各種サービスを利用するために、必要な措置を行う
- (4) 機能訓練指導員 : 機能訓練指導、その他指定事業の提供にあたる
- (5) 介護職員 : 介護、その他指定事業の提供にあたる

### 7. 利用者負担金

別紙利用料金表で説明いたします。

・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(費用全体のうち、各利用者の負担割合に応じた額)
- 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)
- ④ その他

#### ア 交通費

通常のサービス提供地域(又は送迎地域)以外の地域についてのみ、所定の交通費が必要となります。(別途見積もりいたします。)

#### イ 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(郵便局・銀行の口座から月1回引き落とします。)
- B 現金払い(月末で集計を行い、翌月の10日過ぎにお支払いをお願いします。)

#### ウ 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(各利用者の負担割合による)を請求することになります。

#### エ 介護給付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。

### 8. 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): **0465-43-6171**

### 9. サービス利用のキャンセル

- (1) キャンセル料は、下表の内容を基にお支払いいただきます。

| 項目      | 時間                     | キャンセル料                              |
|---------|------------------------|-------------------------------------|
| サービス利用料 | サービス利用日の前営業日17:30までの連絡 | 無料                                  |
|         | サービス利用日の前営業日17:30以降の連絡 | 利用者負担金の100%<br>(生活保護受給者は料金表に記載ある金額) |
| 弁当代     | サービス利用日の8:30までの連絡      | 無料                                  |
|         | サービス利用日の8:30以降の連絡      | お弁当代全額                              |

### 10. 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。

1 1. 非常災害対策

- (1) 従業者は常に災害事故防止と利用者の安全確保に努めるものとします。
- (2) 管理者は、防火管理者を選任します。
- (3) 防火管理者は、定期的に消防用設備、救出用設備等を点検するものとします。
- (4) 防火管理者は、非常災害に関する具体的計画を立てるものとし、この計画に基づき、避難及び救出その他必要な訓練を行います。
- (5) 事業所は、前項に規定する訓練の実施に当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めるものとします。

1 2. 身体拘束等の適正化の措置

身体拘束等の適正化のため、次の措置を講ずるよう努めます。

- (1) 事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- (3) 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
- (4) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

1 3. 虐待の防止のための措置

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定及び設置をしています。
- (2) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (3) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果の従業員への周知徹底を図ります。

1 4. 感染症対策に関する事項

事業所において感染症が発生又はまん延しないように、次の措置を講ずるよう努めます。

- (1) 事業所における感染症予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者に周知徹底を図ります。
- (2) 事業所における感染症予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対する感染症予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的に行います。

1 5. 業務継続計画の策定

- (1) 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する必要なサービス提供を継続的に実施するため及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（業務継続計画）を策定し、必要な措置を講ずるよう努めます。
- (2) 従業者に対し業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

1 6. ハラスメントの防止に関する事項

事業所は、職場におけるハラスメント(利用者等からのハラスメントも含まれる)の防止のため、雇用管理上の措置を以下のように講じます。

- (1) ハラスメントを行ってはならない旨の方針及び職場におけるハラスメントの内容を明確化し、従業者に周知・啓発します。
- (2) ハラスメント相談対応窓口を予め定め、従業者に周知します。

1 7. 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。

| お客様相談窓口 |                  |
|---------|------------------|
| 電話番号:   | 0465-43-6171     |
| FAX番号:  | 0465-43-6771     |
| 管理者:    | 加藤 めぐみ (カトウ メグミ) |
| 対応時間:   | 月~金 8:30~17:30   |

- (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。

| 市町村窓口        | 連絡先          |
|--------------|--------------|
| 小田原市役所 高齢介護課 | 0465-33-1300 |
| 大井町役場 介護福祉課  | 0465-83-1311 |
| 箱根町役場 健康福祉課  | 0460-85-7111 |

- (3) その他の窓口

神奈川県国民健康保険団体連合会 介護保険課介護苦情相談係  
TEL: 045-329-3447

1 8. 当法人の概要

|        |   |
|--------|---|
| 法人の名称  | 有限会社 足柄リハビリテーションサービス  |
| 代表者職氏名 | 代表取締役 露木 昭彰   |
| 所在地    | 神奈川県小田原市堀之内 218-3   |
| 電話     | 0465-39-3730  |
| 業務の概要  | 通所介護（通所介護）（通所介護予防）<br>訪問看護（介護訪問看護）（介護予防訪問看護）<br>基準該当事業所（自立訓練）（放課後等デイサービス）<br>小規模多機能 |

【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ました。

(事業所) 事業所名 Well (ウェル)

説明者 \_\_\_\_\_ 印

サービス契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受け承し、交付を受けました。

(利用者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(代筆者) 氏 名 \_\_\_\_\_ 印

|                  |    |
|------------------|----|
| 平成 28 年 6 月 1 日  | 改定 |
| 平成 28 年 10 月 1 日 | 改定 |
| 平成 28 年 11 月 1 日 | 改定 |
| 平成 28 年 12 月 1 日 | 改定 |
| 平成 29 年 5 月 1 日  | 改定 |
| 平成 30 年 4 月 1 日  | 改定 |
| 平成 30 年 6 月 1 日  | 改定 |
| 平成 30 年 11 月 1 日 | 改定 |
| 令和 1 年 5 月 1 日   | 改定 |
| 令和 2 年 4 月 1 日   | 改定 |
| 令和 2 年 5 月 1 日   | 改定 |
| 令和 2 年 11 月 1 日  | 改定 |
| 令和 3 年 5 月 1 日   | 改定 |
| 令和 4 年 4 月 1 日   | 改定 |
| 令和 5 年 5 月 1 日   | 改定 |
| 令和 6 年 4 月 1 日   | 改定 |