

## 「指定通所介護」

### ことぶき荘温泉デイサービスセンター重要事項説明書

当施設は介護保険の指定を受けています。

(介護保険事業所番号 第 0270202971 号)

当施設は利用者に対して指定通所介護を提供します。当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

#### ◇◆目次◆◇

|                      | ページ  |
|----------------------|------|
| 1. 施設経営法人            | 2    |
| 2. 利用施設等             | 2    |
| 3. サービスの目的及び運営方針     | 2    |
| 4. 職員の配置状況           | 2~3  |
| 5. 営業日及び営業時間         | 3    |
| 6. サービス提供時間          | 3    |
| 7. 当施設が提供するサービスと利用料金 | 4~5  |
| 8. サービスの提供にあたって      | 6    |
| 9. サービス利用の中止について     | 6    |
| 10. 契約の終了について        | 6~7  |
| 11. 利用者代理人           | 7    |
| 12. 損害賠償             | 7    |
| 13. 緊急時における対応        | 7~8  |
| 14. 事故発生時の対応         | 8    |
| 15. 心身の状況の把握         | 8    |
| 16. 居宅介護支援事業者等との連携   | 8    |
| 17. 地域との連携について       | 8    |
| 18. 非常災害対策           | 8    |
| 19. 感染症対策            | 8~9  |
| 20. 身体拘束等の適正化        | 9    |
| 21. 虐待の防止            | 9    |
| 22. 秘密の保持            | 9    |
| 23. サービス内容に関する相談、苦情  | 9~10 |
| 24. 勤務体制の確保等         | 10   |
| 25. ハラスメントの防止        | 10   |
| 26. 記録の整備            | 10   |

## 1. 施設経営法人

- |           |                        |
|-----------|------------------------|
| (1) 法人名   | 社会福祉法人 一葉会             |
| (2) 法人所在地 | 青森県弘前市大字福村字新館添 50 番地 8 |
| (3) 電話番号  | 0172-28-0900           |
| (4) 代表者氏名 | 理事長 長尾 春夫              |
| (5) 設立年月日 | 昭和 51 年 1 月 21 日       |

## 2. 利用施設等

- |                |                        |
|----------------|------------------------|
| (1) 施設の名称      | ことぶき荘温泉デイサービスセンター      |
| (2) 施設の所在地     | 青森県弘前市大字福村字早稲田 27 番地 1 |
| (3) 施設長名       | 長尾 春夫                  |
| (4) 電話番号       | 0172-27-0330           |
| (5) 開設年月日      | 昭和 57 年 4 月 1 日        |
| (6) サービスの種類    | 指定通所介護                 |
| (7) 利用定員       | 30 人                   |
| (8) 通常の事業の実施地域 | 弘前市、平川市                |

## 3. サービスの目的及び運営方針

利用者が要介護状態となった場合においても、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生活機能の維持又は向上を目指し、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を行うことにより、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的として実施します。

(2) 事業の実施に当たっては、関係市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

## 4. 職員の配置状況

当施設では、利用者に対して指定通所介護を提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜職員体制＞※介護保険法その他関係法令等で定める基準を下回らない範囲で変動することがあります。

| 職　　名    | 資　　格 | 常勤     | 兼務の別                        | 職員数 | 業　　務　内　容  |
|---------|------|--------|-----------------------------|-----|---|
| 館長      | 歯科医師 | 常勤 1 名 | 小規模多機能型居宅介護支援事業所「たんぽぽの丘」館長他 | 1 名 | 施設の運営管理   |
| 管理者（所長） |      | 常勤 1 名 | 特別養護老人ホーム<br>福寿園施設長他        | 1 名 | ・介護従事者及び業務の管理<br>・法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令<br>・個別計画の作成及び交付 |

|         |        |        |                      |    |                         |
|---------|--------|--------|----------------------|----|-------------------------|
| 生活相談員   | 社会福祉主事 | 常勤 2名  | なし                   | 1名 | 相談、サービス調整               |
|         | 介護福祉士  |        | 介護職員                 | 1名 |                         |
| 介護職員    | 介護福祉士  | 常勤 8名  | なし                   | 4名 | 必要な介護及び世話、支援            |
|         |        |        | 特別養護老人ホーム福<br>寿園介護職員 | 4名 |                         |
|         |        | 非常勤 1名 | なし                   | 1名 |                         |
|         | なし     | 常勤 1名  | 特別養護老人ホーム福<br>寿園介護職員 | 1名 |                         |
|         |        | 非常勤 1名 | なし                   | 1名 |                         |
| 看護職員    | 看護師    | 常勤 1名  | 機能訓練指導員              | 2名 | 健康管理及び指導                |
|         |        | 非常勤 1名 |                      |    |                         |
| 機能訓練指導員 | 看護師    | 常勤 1名  | 看護職員                 | 1名 | 機能維持及び改善のため<br>の訓練指導、助言 |
|         |        | 非常勤 1名 | 看護職員                 | 1名 |                         |
|         | 作業療法士  | 非常勤 1名 | なし                   | 1名 |                         |
| 調理員     | なし     | 常勤 2名  | 特別養護老人ホーム福<br>寿園調理員  | 2名 | 昼食の調理及び盛付け              |
| 事務員     | なし     | 常勤 1名  | 特別養護老人ホーム福<br>寿園事務員他 | 1名 | 必要な事務                   |

## 5. 営業日及び営業時間

|      |                              |
|------|------------------------------|
| 営業日  | 月曜日から土曜日 (12月31日から1月3日までを除く) |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時まで              |

## 6. サービス提供時間

|          |                    |
|----------|--------------------|
| サービス提供時間 | 午前9時15分から午後4時20分まで |
|----------|--------------------|

## 7. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

<サービスの概要>

| サービスの種類   | サービスの内容  |
|-----------|--|
| 通所介護計画の作成 | <p>1.利用者に係る居宅介護支援事業者が作成した居宅サービス計画に基づき、利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、援助の目標に応じて具体的なサービス内容を定めた通所介護計画を作成します。</p> <p>2.利用者に応じて作成した通所介護計画の内容について、利用者及びその家族等に対して説明し、同意を得ます。</p> <p>3.通所介護計画を作成した際には、同計画を利用者及び利用者の家族等に交付します。</p> <p>4.通所介護計画の実施状況を把握し、隨時同計画の見直しの機会を設けるとともに、必要に応じて同計画の変更をします。</p> |
| 利用者居宅への送迎 | 1.当施設が保有する自動車により、利用者の居宅と当施設までの間の送迎を行います。   |
| 食事        | <p>1.利用者の栄養状態を定期的に把握し、利用者の身体の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。</p> <p>2.噛む力や飲み込む力が衰えている利用者のための、きざみ食及びミキサー食の提供を行います。</p>   |
| 入浴        | 1.事前に健康管理を行い、適切な方法で入浴の提供又は清拭を行います。   |
| 排せつ       | 1.トイレ誘導やおむつ交換を行います。排せつの自立を促すため、利用者の身体能力を最大活用した援助を行います。   |
| 健康管理      | <p>1.利用度に、血圧及び体温を測定し記録します。</p> <p>2.3月に1回、体重を測定し記録します。</p>   |
| 服薬介助      | 1.介助が必要な利用者に対して、配剤された薬の確認、服薬の介助、服薬の確認を行います。  |
| 着替え・整容等   | <p>1.介助が必要な利用者に対して、上着や下着の更衣の介助を行います。</p> <p>2.清潔で快適な時間を送れるよう、適切な整容が行われるよう援助します。</p>  |
| 移動・移乗の介助  | 1.介助が必要な利用者に対して、施設内の移動や車いすへの移乗の介助を行います。  |
| 日常生活動作訓練  | 1.日常生活に必要な機能を維持・向上できるよう、機能訓練を行います。   |
| 口腔機能向上訓練  | <p>1.口腔機能の低下している又はその恐れのある利用者に対し、看護師等が口腔機能改善のための口腔機能改善管理指導計画を作成します。</p> <p>2.口腔機能改善管理指導計画に基づき、口腔機能の向上に関するサ</p>  |

|        |  |
|--------|--|
|        | <p>サービスを行い、定期的に記録します。</p> <p>3.口腔機能改善管理指導計画の進捗状況を定期的に評価します。</p>  |
| 個別機能訓練 | <p>1.機能訓練指導員等が共同して、利用者ごとに個別機能訓練計画を作成し機能訓練を実施します。</p> <p>2.計画作成・実施において、利用者の身体機能および生活機能の向上に資するよう複数の種類の機能訓練の項目を準備し、項目の選択にあたっては利用者の生活意欲が増進されるよう援助し、利用者の選択に基づき心身状況に応じた機能訓練を適切に実施します。</p> <p>3.機能訓練指導員等が利用者宅を訪問し、居宅での生活状況を確認した上で個別機能訓練計画を作成します。その後3月に1回以上、利用者宅を訪問し生活状況をその都度確認するとともに、利用者または家族へ計画の進捗状況等を説明し、必要に応じて計画の見直しを行います。</p> |
| その他    | <p>1.利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動や外出行事及び特別な食事等の機会を提供します。</p> <p>2.良好な人間関係で同年代と交流ができるよう、利用者と介護職員等が、レクリエーションや行事等を共同で行うよう努めます。</p> <p>3.常に利用者の心身の状況や置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者及び利用者の家族等に対し、必要な相談支援を行います。</p>  |

#### <利用料金>

通所型サービスを利用した場合の利用料金は、別紙「ことぶき荘温泉デイサービスセンターご利用料金一覧表」のとおりです。

※利用料の額は、弘前市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱上の額とし、当該サービスが法定代理受領であるときは、利用料のうち利用者の負担割合証に応じた額をお支払いいただきます。

※合計所得金額によって、負担割合額が1割～3割負担となります。

※利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護の認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。償還払いとなる場合、利用者が住所地保険者へ保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

※給付額に変更のあった場合、変更された額に合わせて利用者の負担額を変更させていただきます。

#### (2) 利用料金等のお支払い方法

前記(1)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに手渡し或いは郵送にて請求します（1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします）。請求月の末日までにその料金・費用を現金でお支払ください。領収書を発行いたします。

## 8. サービスの提供にあたって

サービスの提供に先立って、介護保険被保険者証に記載された内容（被保険者資格、要介護認定の有無及び要介護認定の有効期間）を確認させていただきます。被保険者証の住所などに変更があった場合は速やかに当施設にお知らせください。

- (2) 利用者が要介護認定を受けていない場合は、利用者の意向を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、居宅介護支援等が利用者に対して行われていない等の場合であって、必要と認められるときは、要介護認定の更新の申請が、遅くとも利用者が受けている要介護認定の有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行います。
- (3) 利用者に係る居宅介護支援事業者等が作成する居宅サービス計画に基づき、利用者及びその家族等の意向を踏まえて、通所介護計画を作成します。なお、作成した当該計画は、利用者又はその家族等に内容を説明いたしますので、ご確認いただくようお願いします。
- (4) サービスの提供は、通所介護計画に基づいて行います。なお、当該計画は、利用者等の心身の状況や移行などの変化により、必要に応じて変更することができます。

## 9. サービス利用の中止について

サービスの利用予定日に、利用者の事由により利用を中止する場合は、利用予定日の前日までに当施設へ申し出をお願いいたします。やむを得ず、当日にサービス利用を中止する場合には、午前 8 時 30 分までに当施設へ申し出をお願いいたします。

## 10. 契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。

下記の事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了します。

- ①利用者が死亡した場合
- ②要介護認定により非該当と判定された場合
- ③利用者が介護老人福祉施設等に入居した場合
- ④当施設が介護保険の指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ⑤利用者から終了の申し出があった場合（詳細は以下をご参照ください。）
- ⑥当施設から終了の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照ください。）

### (2) 利用者からの終了の申し出

利用者及び利用者の家族等は、いつでも当施設に利用の終了を申し出ることができます。その場合には、終了を希望する日の 7 日前までの申し出をお願いいたします。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、利用を終了することができます。

- ①介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ②利用者が死亡した場合
- ③当施設もしくは従業者が正当な理由なく本契約に定める介護予防・生活支援サービスを実施しない場合
- ④当施設もしくは従業者が秘密の保持に違反した場合

- ⑤当施設もしくは従業者が故意、又は過失により利用者の身体・精神・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情がみとめられる場合
- ⑥他利用者が利用者の身体・精神・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つける恐れがある場合において、当施設が適切な対応をとらない場合

(3) 当施設からの申し出により利用を終了していただく場合

以下の事項に該当する場合には、利用を終了していただくことがあります。

- ①正当な理由なく利用料その他自己の支払うべき費用を3ヶ月以上滞納した場合
- ②利用者の行動が、他の利用者の生命又は健康に重大な影響を及ぼす恐れがあり、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合
- ③利用者が重大な自傷行為を繰り返すなど、自殺をする恐れが極めて大きく、当施設において十分な介護を尽くしてもこれを防止できない場合
- ④利用者及び利用者の家族等が故意に法令違反その他重大な秩序破壊行為をなし、改善の見込みがない場合
- ⑤利用者及び利用者の家族等が、従業者に対してハラスメントと認められる行為をなし、改善の見込みがない場合
- ⑥契約書第24条の確約に反する事実が判明した場合
- ⑦本契約締結後に反社会的勢力に該当した場合

(4) 円滑な終了のための援助

利用者が当施設の利用を終了する場合には、利用者又はその家族等に対して適切な指導を行うとともに、利用者に係る介護予防支援事業者等に対する情報の提供及び保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。

- ①利用者及び利用者の家族等への適切な助言及び提案
- ②地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者の紹介及び連携
- ③保健医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介及び連携

## 11. 利用者代理人

利用者は「利用者代理人」を選任し、当施設との契約の締結と同契約に定める権利の行使及び義務の履行を、同代理人をもって行わせることができます。

## 12. 損害賠償

当施設は、当施設との契約に基づくサービスの実施に伴って、自己の責に帰すべき事由により利用者に生じた損害について、賠償責任保険内において対応します。当施設は、以下の内容で損害賠償保険に加入しています。

|       |                |
|-------|----------------|
| 加入保険名 | 三井住友海上火災保険株式会社 |
| 保険の内容 | 福祉事業者総合賠償責任保険  |

## 13. 緊急時における対応

当施設は、サービスの提供中に、利用者の病状の急変及びその他の緊急事態が生じたときは、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用

者が予め指定する連絡先に連絡します。また、主治医への連絡が困難な場合は、救急搬送等の必要な措置を講じます。

#### 14. 事故発生時の対応

利用者に対するサービス提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡をするとともに、必要な措置を講じます。事故については、当施設として事故の状況、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

#### 15. 心身の状況の把握

サービスの提供にあたっては、居宅介護支援事業者等が開催するサービス担当者会議等を通じて、利用者的心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### 16. 居宅介護支援事業者等との連携

サービスの提供に当たり、居宅介護支援事業者等及び保健医療サービス又は福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

- ①サービスの提供の開始に際し、通所介護計画の写しを、利用者の同意を得た上で居宅介護支援事業者等に速やかに送付します。
- ②サービスの内容が変更された場合又はサービスの利用契約が終了した場合は、その内容を記した書面又はその写しを速やかに居宅介護支援事業者等に送付します。

#### 17. 地域との連携について

当施設は、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行う等地域との交流に努めます。

#### 18. 非常災害対策

当施設は、地震及び風水害等の自然災害や火災等の非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための「ことぶき荘温泉デイサービスセンター業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じています。

- ①従業者に同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実施しています。
- ②同計画に従い、必要な物品や設備の備えに努めています。
- ③定期的に同計画の見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

#### 19. 感染症対策

当施設は、新型コロナウィルス感染症等の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための「ことぶき荘温泉デイサービスセンター業務継続計画」を策定し、必要な措置を講じています。

- ①従業者に同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実施しています。

- ②同計画に従い、必要な物品や設備の備えに努めています。
- ③定期的に同計画の見直しを行い、必要に応じて計画を変更します。

## 20. 身体拘束等の適正化

- 当施設は、原則として身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行いません。また、身体拘束等の適正化を図るための必要な措置を講じています。
- ①従業者に対して、身体拘束等の適正化に必要な研修を定期的に実施しています。
  - ②自傷他害の恐れがある等、緊急やむを得ず身体拘束等を行わざるを得ない場合は、拘束が必要となる理由やその方法等について、具体的に利用者及び利用者の家族等へ説明し、同意を得たうえで必要最小限の範囲内で身体拘束等を行うことがあります。
  - ③緊急やむを得ず身体拘束等を行った場合は、身体拘束等を行った日時や理由及びその方法等について記録をします。

## 21. 虐待の防止

- 当施設は、いかなる場合においても利用者に対する虐待は行いません。従業者による高齢者虐待防止のために「ことぶき荘温泉デイサービスセンター虐待防止のための指針」を策定し、必要な措置を講じています。
- ①従業者に同指針について周知するとともに、必要な研修を定期的に実施しています。
  - ②虐待等が発生した場合には、速やかに市町村に報告するとともに、その要因の除去に努めます。客観的な事実確認の結果、虐待者が従業者であったことが判明した場合には、役職位の如何を問わず、厳正に対処します。

## 22. 秘密の保持

- 当施設及び従業者は、正当な理由なく業務上知り得た利用者と利用者の家族等の秘密を洩らしません。
- ①当施設は、従業者が退職後、在職中に知り得た利用者及び利用者の家族等の秘密を漏らすことがないよう必要な措置を講じます。
  - ②当施設は、市町村や他の居宅サービスの事業所及びその他の保健医療福祉サービスを提供する者に対して、利用者及び利用者の家族等に関する情報提供の必要がある場合には、必要な情報を提供します。

## 23. サービス内容に関する相談、苦情

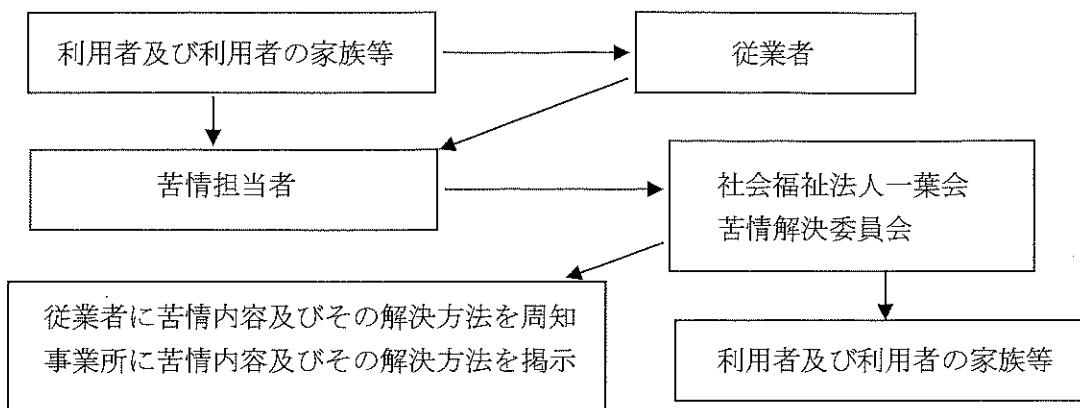
### 苦情処理の体制

- ①当施設は、提供したサービス等に係る利用者及び利用者の家族等からの、相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置しています。

《当施設の相談・苦情窓口》

担当者 千葉 麻衣子  
住所 青森県弘前市大字福村字早稻田 27 番地 1  
電話 0172-27-0330  
FAX 0172-27-0362  
受付時間 午前 8 時 30 分～午後 5 時  
※他、苦情受付箱を当施設内に設置しています。

②相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制は以下のフローのとおりです。



## (2) その他

当施設以外に、お住まいの市町村及び青森県国民健康保険団体連合の苦情窓口に相談することができます。

|                         |                     |                     |
|-------------------------|---------------------|---------------------|
| 弘前市健康福祉部介護福祉課           | 青森県弘前市大字白銀町1        | 電話 0172-35-1111（代表） |
| 青森県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 青森県青森市<br>新町二丁目4番地1 | 電話 017-723-1336（代表） |
| 青森県健康福祉部高齢福祉保健<br>課     | 青森県青森市長島一丁目1<br>番地1 | 電話 017-722-1111（代表） |

## 24. 勤務体制の確保等

当施設は、利用者に対して適切なサービスを提供できるよう、当施設の職員その他従業者の勤務の体制を定めています。

- (2) 当施設は、当施設の職員その他従業者によってサービスを提供します。ただし、利用者の処遇に直接影響を及ぼさない業務については、この限りではありません。
- (3) 当施設は、当施設の職員その他の従業者の資質の向上のために、その研修の機会を確保しています。

## 25. ハラスメントの防止

当施設は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための措置を講じています。

- (2) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 26. 記録の整備

当施設は、各サービスや会議等に関する諸記録を整備します。利用者に関する記録については、契約が終了した日から5年間は保管管理します。

- (2) 利用者及び利用者の家族等は、当施設に対して保管しているサービス提供等の記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明をいたしました。

ことぶき荘温泉デイサービスセンター

代表者 所長 氏名 長尾 春夫 印

説明者職名 生活相談員 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

利用者代理人

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 \_\_\_\_\_