

社会福祉法人 東白川福祉会
寿恵園（通所介護事業）重要事項説明書

（令和7年7月1日現在）

寿恵園（通所介護事業所）サービスの提供開始にあたり、介護保険法に関する厚生労働省令の規定に基づき、以下の事項を説明します。

1. 事業者の概要

事業者の名称	社会福祉法人 東白川福祉会
事業者の所在地	福島県東白川郡棚倉町大字棚倉字舘ヶ丘79番地
法人種別	社会福祉法人
代表者の氏名	理事長 大木 晴夫
電話番号	0247（33）6061

2. ご利用事業所

事業所の名称	寿恵園
事業所の所在地	福島県東白川郡棚倉町大字棚倉字舘ヶ丘79番地・80番地
福島県知事指定番号	0772900080
電話番号	0247（33）6061

3. ご利用事業所で実施する事業

事業の種類	指定の内容		
	指定年月日	指定番号	指定の有効期間
介護老人福祉施設	平成12年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
短期入所生活介護事業	平成12年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
訪問介護事業	平成12年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
訪問入浴介護事業	平成12年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
通所介護事業	平成12年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
認知症対応型通所介護	平成20年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
居宅介護支援事業	平成12年4月1日	0772900013	令和2年4月1日～令和8年3月31日
介護予防短期入所生活介護事業	平成18年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
介護予防訪問介護事業	平成18年4月1日	0772900080	令和6年4月1日～令和12年3月31日
介護予防訪問入浴介護事業	平成18年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日
介護予防通所介護事業	平成18年4月1日	0772900080	令和6年4月1日～令和12年3月31日
介護予防認知症対応型通所介護	平成20年4月1日	0772900080	令和2年4月1日～令和8年3月31日

4. 事業の目的と運営方針

事業の目的	通所介護事業(デイサービス)は、要介護状態となった場合においても、利用者が可能な限り居宅において、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、必要な日常生活上のケア及び機能訓練を行います。そして、利用者の社会的孤立感の解消や心身の機能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ます。
運営の方針	要介護者等の特性を踏まえて、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、日常生活上のケア及び機能訓練等を行います。また、事業の実施に当たっては、関係市町村、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。

5. 職員体制 (認知症対応型通所介護事業所の職員を含めた配置体制を記載)

従業者職種	員数	保有資格 (重複取得者有り)	職務内容
管理者 (生活相談員兼務)	1	介護福祉士 社会福祉主事 介護支援専門員	従業者の管理及び業務の管理を一元的に行い、自らも通所介護サービスの提供に当たります。
生活相談員 (介護職員兼務)	4	介護福祉士 (4名) 社会福祉主事 (4名) 介護支援専門員 (3名) 訪問介護員2級 (3名)	通所介護サービス利用の申込みに係る調整、職員等への技術指導、介護計画作成、利用者、家族への相談支援等を行いません。
看護職員	4	看護師 (1名) 准看護師 (3名)	介護計画に基づき利用者の健康管理、身体介護・生活援助等を行います。
機能訓練指導員 (看護職員兼務)	4	看護師 (1名) 准看護師 (3名)	介護計画に基づき利用者の機能訓練、職員等に対する技術指導等を行います。
介護職員 (生活相談員兼務) (3名パート)	11	介護福祉士 (6名) 社会福祉主事 (6名) 訪問介護員2級 (7名)	介護計画に基づき利用者の身体介護・生活援助等を行います。
調理職員	1	調理師 (1名)	管理栄養士の指導のもと利用者への食事の提供を行いません。

6. 営業時間・実施地域など

(1) 営業時間等

営業日	年中無休
営業時間	午前8時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分
1日の利用定員	25名（介護予防通所介護事業を含む）
事業の実施地域	棚倉町・塙町・矢祭町・鮫川村です。

利用時間について

利用時間は、午前9時15分から午後4時30分までですが、利用者の希望やご家族の都合等により午前9時から午後5時までの利用を希望される場合は、前もって介護支援専門員へ連絡をお願いします。

7. サービス内容

(1) 提供するサービス

●送迎(お迎え・お送り)

心身の状況に合った車輛に配慮し、送迎を行います。車椅子の方や寝たきりの方も乗れる設計になっています。利用者と家族の希望に沿えるように、ベッドから車椅子への乗・降車をお手伝いします。なお、道路事情・天候などにより時間が前後する場合があります。

●健康チェック

利用者の健康状態(血圧・脈拍・体温)を測定します。また、利用者の健康相談や介護用品などの相談にも応じます。

●レクリエーション・機能訓練

利用者の身体的状態に合わせて、各種器具を用いた活動や訓練を行います。
※レクリエーションの動的活動として、風船バレー・輪投げ・ホッケー・リズム体操等を行います。

※機能訓練では、手すり歩行・平行棒・階段昇降・滑車・C2P(機能訓練機器)を利用しての上下肢等の運動を行います。

●昼食

特別養護老人ホーム寿恵園の献立により昼食をご用意いたします。身体の状態や嗜好を重視した食事提供に努めます。

●入浴

大きな浴槽の「一般入浴」、ひとりでゆっくり入れる「いたわり家庭入浴」、寝たきりの方でも安心して入れる「中間入浴」(入浴用車椅子での入浴)、「順送式入浴(機械入浴)」の4種類の入浴設備があります。

●衛生介護

利用者の爪切りや耳掃除等行います。

- サービスの提供にあたっては、要介護状態の軽減もしくは悪化の防止など、適切にサービスを提供します。
- サービスの提供は、分かりやすく説明した上で、懇切丁寧に行います。不明な点につきましては、いつでも担当職員にお尋ね下さい。
- サービスの提供に用いる設備、器具等については、安全、衛生に注意します。特に、利用者の身体に接触する設備、器具については、サービスの提供ごとに消毒したものを用います。

(2)通所介護計画

当事業所では、利用者の心身の状況やご希望、環境等を踏まえて、具体的なサービス内容を記載した通所介護計画を作成します。この通所介護計画は、居宅介護支援事業所が作成している場合は、それに沿って作成するものとします。

(3)担当職員の変更など

利用者は、いつでも担当職員の変更を申し出ることができます。その場合、通所介護サービスの目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、変更の申し出に応じます。

事業者は、担当職員が退職する等の正当な理由がある場合に限り、担当職員を変更することがあります。その場合には、事前にあなたの了解を得ます。

職員は、常に身分証明書を携帯していますので、必要な場合はいつでも、その提示をお求め下さい。

(4)身体的拘束等の禁止及び緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合の手続き

利用者本人又は他の利用者等の生命又は身体を保護するために、以下に示す「緊急やむを得ない場合」を除き、身体的拘束、その他利用者の行動を制限す

る行為（以下「身体的拘束等」という。）を行いません。

・「緊急やむを得ない場合」の3要件（全てを満たす場合）

①切迫性：利用者本人または他の利用者等の生命または身体が危険にさらされる可能性が著しく高い場合。

②非代替性：身体拘束その他の行動制限を行う以外に代替する介護方法がないこと。

③一時性：身体拘束その他の行動制限が一時的なものであること。

・身体的拘束等を行う場合には、あらかじめ利用者本人及びその家族に対して、身体拘束の内容・目的・理由・時間・時間帯・期間等をできる限り詳細に文書により説明し、十分な理解を得るものとします。

・身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を用紙に記録し、5年間保存します。

8. 利用料金

(1) 利用料金

下記金額が自己負担になります。キャンセル料はありませんが、キャンセルが必要となった場合、早めにご連絡下さい。

●基本料金

(厚生労働省が定める額となっています)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
8～9時間未満	669円	791円	915円	1,041円	1,168円
7～8時間未満	658円	777円	900円	1,023円	1,148円
サービス提供体制強化加算(Ⅱ)	18円				
科学的介護推進体制加算	40円/月				

※「介護職員等処遇改善加算」として基本料金及び各種加算の合計額に9.2%を乗じた額の1割が利用者負担となります。

※自己負担1割の方の料金を示しています。「介護保険負担割合証」の記載に応じた額（負担割合）をお支払い頂きます。その他、特別なサービスを希望される場合には、実費負担となります。

●入浴・食事料金

区分	入浴介助	食事（昼食）代
料金	40円	572円
説明	特殊入浴を含みます	572円のうち326円が食材料実費分

- おむつ代、レクリエーションにかかる費用等は実費負担となります。
- 床ずれ（褥創）等の処置に関するガーゼ、塗り薬等も自己負担となります。
- 家族が利用者の付き添いを希望する場合、送迎代は無料(但し1名に限ります)。昼食をご利用される場合、**572円**となります。
- 通所介護サービスが、介護保険の適用を受ける場合、原則として利用料と昼食代(自己負担分)をお支払いいただきます。但し、介護保険法令に基づいて、保険給付を償還払い(いったん利用者が利用料の全額を支払い、その後市町村から自己負担額を除く額を受ける方法)をご希望の場合は、お申し出ください。
- 提供を受ける通所介護サービスが介護保険の適用を受けない部分については、利用料全額をお支払いいただきます。
- 保険給付の請求のための証明書等(サービス提供証明書)が必要な場合は、いつでも交付しますので申し出ください。
- 事業者は利用者に対し、毎月10日以降に前月の利用料等の内訳を記載した利用料明細書を作成し、請求書に添付して送付します。請求書発着日から7日以内にお支払い下さい。

なお、お支払い方法は直接、寿恵園の窓口でお支払いいただくか、下記口座にて振り込みで支払うことができます。

白河信用金庫 棚倉支店(普通口座) 口座番号:144322

口座名義人:社会福祉法人東白川福祉会 理事長 大木 晴夫 (おおき はるお)

9. 苦情申し立て窓口

※寿恵園（通所介護事業所）の苦情等申し立て窓口

責任者：管理者 川井 小由美 (かわい さゆみ)

担当者：副主任介護職員 大槻 幸子 (おおつき さちこ)

担当者：副主任看護職員 深谷 美保 (ふかや みほ)

受付時間：平日の午前8時30分から午後5時30分まで

電話番号：0247(33)6061 FAX：0247(33)6061

○第三者委員

須藤 洋 (社会福祉法人東白川福祉会 監事) 電話番号：0247(33)3050

生方 芳雄 (社会福祉法人東白川福祉会 監事) 電話番号：0247(33)5319

(苦情等の解決における客観性と社会性を確保するとともに、苦情・要望等申出人への適切な支援を行うために、本事業所に第三者の立場にある第三者委員を設置しています)

- 最寄りの市町村役場介護保険の担当窓口でも受け付けています。
 棚倉町にお住まいの場合は、棚倉町役場健康福祉課が窓口となります。
- ・棚倉町役場健康福祉課（棚倉町保健福祉センター内）
 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで
 住所：〒963-6192 棚倉町大字棚倉字中居野68番地1
 電話番号：0247(33)7801 FAX：0247(33)7820
- 福島県運営適正化委員会
 受付時間：平日の午前9時から午後4時30分まで
 住所：〒960-8141福島市渡利字七社宮111(福島県総合社会福祉センター内)
 電話番号：024(523)2943 (FAX兼用)E-mail:kujou@fukushimakenshakyō.or.jp
- 福島県国民健康保険団体連合会
 受付時間：平日の午前9時から午後5時まで
 住所：〒960-8043 福島市中町3番7号
 電話番号：024(523)2702 FAX：024(523)2880
- ※福島県国民健康保険団体連合会への苦情申し立ては、事実関係の確認を可能にすること等から、書面郵送を原則としています。本人(代理人)による文書提出が困難な場合には、電話、FAX等によるものも可能です。

10. 緊急時の対応方法 ●協力医療機関●体調急変時の緊急対応について

利用者の主治医又は事業者の協力医療機関への連絡を行い、医師の指示に従い、緊急連絡先に連絡いたします。

医療機関名	医師名	診療科目	住所	電話番号
大木医院	大木 晴夫 大木 加瑞子	耳鼻咽喉科 内科	東白川郡棚倉町大字棚倉字古町28-4	0247(33)2424

【家族に連絡する場合】

- 体温 ・37.5℃ 以上
- 血圧 ・収縮期血圧が180mmHg以上で、30分後に再測定しても変わらず、頭痛、めまい、嘔吐、しびれ等がある時
- 脈拍 1分間に 40回 以下
 - ・常に上記数値に当てはまる場合は経過観察し看護職員が判断する
 - ・医師の指示がある場合は指示に従い経過観察をする
 - ・腹痛、胸痛、下痢、嘔吐が続く時
 - ・呼びかけや痛みで目を醒ますがうとうとしている時

【救急車を要請する場合】

- ・呼びかけや痛みで目を醒まさない時（意識消失時）
- ・呼吸停止・心停止

11. 事故発生時の対応方法

介護サービスを提供するなかで発生した異常事態で、利用者に身体的または精神的な事故が発生した場合は、損害を速やかに行います。

①利用者の家族等への連絡

事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の処置を講ずるとともに、速やかに家族等に事故（軽度の事故も含む）の発生状況及び今後の対応等について説明します。

②居宅介護支援事業所への連絡

事故により居宅サービス計画に変更が生じる可能性がある場合は、担当の介護支援専門員に利用者の状況を連絡します。

③事故発生の報告

事故により利用者の要介護認定に影響する可能性がある場合は、事故の概要を速やかに市町村（保険者）に報告します。なお、事故が食中毒や伝染病等の地域性を有する場合は、福島県及び事業所の所在する市町村への報告もします。

④損害賠償等の措置

所定の手続きに従い利用者及び家族等と話し合い、必要な損害賠償等を行います。但し、事業所の責に帰すべからざる事由による場合は、この限りではありません。

⑤処理結果及び再発防止策の報告

③の事故発生の報告を行った場合は、処理結果、事故発生の原因及び再発防止策を策定し、市町村（保険者）に報告します。

12. 虐待防止に関する対応

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次に掲げる措置を講じるものとし、

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果について、職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待の防止のための指針を整備いたします。
- (3) 職員に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施いたします。
- (4) 前(1)～(3)に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報するものとし、

13. 業務継続計画の策定等

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する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計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講じるものとします。

- (1) 事業者は従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施いたします。
- (2) 事業所は、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。

14. サービス利用にあたっての禁止事項

○業務上支障を来す行為（業務妨害）により、健全な信頼関係を築くことが困難と判断した場合は、サービス中止や契約を解除することがあります。

- ① 事業所の職員への暴言・暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為。
- ② パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメントなどのハラスメント行為。
- ③ 職員の写真や動画撮影、録音等を無断で行う事やSNS等に掲載すること。
- ④ 職員の自宅の住所や電話番号を聞くなどのストーカー行為。
- ⑤ 対象範囲外（「サービス利用契約書」に記載以外）のサービスの強要、労働要求等によって不利益を被るもの、または就業環境が害されるもの。

15. ハラスメント対策

○事業所は、職員間、利用者・家族等、取引業者、関係機関の職員等との関係において、ハラスメント被害が生じないよう次の取り組みを行います。

- ① 円滑に日常業務が実施できるよう、日頃から丁寧な意思疎通に努めます。
- ② 特に管理者は、ハラスメント防止に十分な配慮を行います。
- ③ ハラスメント防止のため基本指針を徹底するなどの研修会を定期的実施します。
- ④ ハラスメントの相談窓口を事業所内に設置いたします。

16. 第三者による評価の実施状況

■なし □あり （実施日： _____ 実施期間： _____ 結果開示の有無 _____）

[サービスご利用に際してのお願い]

- ・お茶やお菓子など、お心付けなどは一切ご不要です。
- ・訪問時はペットをケージに入れる、リードにつなぐなどの配慮をお願いします。
- ・見守りカメラの設置、職員の写真を撮影する場合、個人情報保護法に準じて事前に職員及び事業所の同意が必要となります。
- ・ご利用中の喫煙はご遠慮ください。

以上の重要事項説明の証として本書を2通作成し、本書の取り交わしを証するため、利用者(家族及び代理人)・事業者・説明者は署名又は記名押印のうえ、各自1通ずつ所持します。

令和 年 月 日

当事業者は、利用者、家族（または代理人）に本書面に基づき、社会福祉法人東白川福祉会 寿恵園（通所介護事業所）のサービス内容の重要事項を説明いたしました。

所在地 福島県東白川郡棚倉町大字棚倉字舘ヶ丘79番地

名称 社会福祉法人 東白川福祉会

代表者 理事長 大木 晴夫 印

説明者 社会福祉法人 東白川福祉会
寿恵園（通所介護事業所）

職 種 _____

氏 名 _____ 印

私は、本書面に基づいて、社会福祉法人東白川福祉会 寿恵園通所介護事業重要事項について説明を受け、同意しました。

(利用者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

電話番号 _____

(家族) または (代理人)

住 所 _____

氏 名 _____ 印 (続柄 _____)

電話番号 _____

携帯電話番号 _____