

指定地域密着型通所介護及び 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業）重要事項説明書

（令和 6 年 4 月 1 日現在）

あなたに対する指定地域密着型通所介護及び介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所）事業（以下、事業という）のサービス提供開始にあたり、厚生労働省条例及び市町村規程に基づいて、当事業者があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者概要

| | |
|----------------------|----------------------------|
| 事業者名称 | 愛知県高齢者生活協同組合 |
| 主たる事務所の所在地 | 〒460-0021 名古屋市中区平和二丁目2番36号 |
| 法人種別 | 生活協同組合 |
| 代表者氏名 | 加藤 司 |
| 電話番号 | 052-331-4853 |
| 事業所名 | 事業名称 |
| 春日井地域福祉事業所 「ぬくもり」 | 高齢者生協在宅支援センターぬくもり |
| | 高齢者生協ヘルプサービスぬくもり |
| | 高齢者生協デイサービスぬくもり |
| 西三河地域福祉事業所 「かけはし」 | 高齢者生協かけはし |
| | 高齢者生協ヘルプサービスかけはし |
| | 高齢者生協デイサービスかけはし |
| 守山地域福祉事業所 「あまこだ」 | 高齢者生協在宅支援センターあまこだ |
| | 高齢者生協ヘルプサービスあまこだ |
| | 高齢者生協デイサービスえのきの家 |
| 高齢者生協ケアセンターほみ | 高齢者生協ケアセンターほみ |
| 一宮「まったり」 | 高齢者生協デイサービスまったり |
| | 高齢者生協在宅支援センターまったり |

2 ご利用施設概要

(1) ご利用事業所

| | |
|------------|---|
| 施設名称 | 高齢者生協デイサービスまったり |
| 事業所番号 | 2372204574 |
| 事業種別 | 指定地域密着型通所介護 介護予防・日常生活支援総合事業（第一号通所事業） |
| 所在地 | 〒491-0365 一宮市萩原町西御堂字郷西切802-3 |
| 電話番号 | 0586-67-5077 |
| 管理者氏名 | 五十嵐 奈美 |
| 通常サービス提供地域 | 一宮市 |

《注》 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

(2) 事業の目的

この事業は、当デイサービスセンターにて、衣類の着脱・入浴・食事等、日常生活ができるだけ自立できるように援助いたします。

(3) 運営方針

当施設において、生活の助長、社会的孤独感からの解消・心身機能の維持向上をはかり、家族の負担を軽減します。

(4) 建物・設備

構造 木造2階建
延べ床面積 124.0㎡
利用定員 15名

| 設備の種類 | 室数 | 面積 | 設備の種類 | 室数 | 面積 |
|-----------|----|------|-------|----|------|
| 食堂及び機能訓練室 | 1室 | 46.2 | 浴室 | 1室 | 7.5 |
| 静養室 | 1室 | 2.0 | 更衣室 | 1室 | 2.0 |
| 相談室 | 1室 | 16.2 | トイレ | 2室 | 5.5 |
| 調理室 | 1室 | 13.2 | 事務室 | 1室 | 14.7 |

3 職員体制

| 従事者の職種 | 人員 |
|---------|--------|
| 管理者 | 1名（常勤） |
| 生活相談員 | 1名以上 |
| 看護職員 | 1名以上 |
| 機能訓練指導員 | 1名以上 |
| 介護職員 | 1名以上 |

4 営業日・営業時間

| | |
|----------|--------------------------------|
| 営業日 | 月曜日 ～ 金曜日 但し、12月30日から1月3日までを除く |
| 営業時間 | 午前8時30分 ～ 午後5時30分 |
| サービス提供時間 | 午前9時00分 ～ 午後4時15分 |

5 事業におけるサービスの利用料

(1) 法定給付サービス

① 地域密着型通所介護・介護予防通所介護の場合の利用料

| 区分 | 利用料 |
|-------------|---|
| 法定代理受領の場合 | 厚生労働省告示に基づいて算出した通所介護にかかる介護報酬の介護保険負担割合証に基づく負担割合 (各種加算がある場合は、加算後の額) ※1円未満は端数切り捨て |
| 法定代理受領でない場合 | 厚生労働省告示に基づいて算出した通所介護にかかる介護報酬 (各種加算がある場合は、加算後の額) ※1円未満は端数切り捨て |

② 介護予防・日常生活支援総合事業第一号通所事業の場合の利用料

| 区分 | 利用料 |
|-------------|---|
| 法定代理受領の場合 | 新総合事業(第一号通所事業)については市町村長が定める要綱上の額の、介護保険負担割合証に基づく負担割合 |
| 法定代理受領でない場合 | 新総合事業(第一号通所事業)については市町村長が定める要綱上の額 |

(2) 法定給付外サービス

① 利用料

| 区分 | 利用料 |
|---------------|---------|
| 食事の提供(おやつ代含む) | 1食 600円 |
| おむつの提供 | 実費 |

② その他

日常生活において、通常必要となる費用においては、事前にお客様またはご家族様に文書で説明をし、同意書に記名捺印を受けた上で、実費をいただきます。

6 非常災害対策

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害に備えて定期的に避難・救出等訓練を行います。

7 虐待防止

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講じます。

- ①虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業員に周知徹底を図る。
- ②虐待の防止のための指針を整備する。
- ③従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的実施する。
- ④上記①から③までを適切に実施するための担当者を置く。

8 身体拘束等の適正化のための措置

- (1) 利用者または他の利用者等の生命または身体を保護する為、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束を行ってはならない。
- (2) やむを得ず身体拘束を行う場合には、その様態及び時間、その際の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録します。
- (3) 事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次の措置を講ずるものとします。
 - ①身体拘束等の適正化のための責任者の選定
 - ②身体拘束等の適正化のための指針の整備
 - ③身体拘束等の適正化のための研修の実施
 - ④身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置

9 業務継続計画の策定

事業所は、感染症や災害が発生した場合であっても必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から、業務継続に向けた計画等の策定、研修の実施、訓練（シュミレーション）実施等を行います。

10 感染症対策の強化

事業所は、感染症の発生及びまん延等に関する取り組みの徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シュミレーション）実施等を行います。

11 ハラスメント防止

- (1) 事業所は、介護の現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向けて取り組みます。
- (2) 事業所内において行われる優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超えるような下記の行為は組織として許容しません。
 - ①身体的な力を使って危害を及ぼす（及ぼされそうになった）行為（身体的暴力）
 - ②個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、貶めたりする行為（精神的暴力）
 - ③意に沿わない性的な言動、好意的態度の要求等、性的な嫌がらせ行為（セクシュアルハラスメント）
- (3) 上記の対象は、当該法人職員、取引先事業所の方、ご利用者及びその家族となります。
- (4) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修などを実施します。
- (5) 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。

12 施設ご利用に当たっての留意事項

| | |
|-----------------|--|
| (1) 外出 | 一旦、施設に来所いただいた場合、ご自分で勝手に外出されることはご遠慮下さい。 |
| (2) 所持品の管理 | ご自分の所持品は、原則としてご自分で管理を願います。ただし、自分で管理できない場合は、必ず所持品に名前を記入していただくと共に、その旨を施設にもお知らせ下さい。 |
| (3) リハビリ器具の使用 | 利用にあたっては、施設の職員に声をかけて下さい。間違った使用方法では危険な場合があります。 |
| (4) 共用設備の使用 | 多くの利用者の共用されるものです。きれいに利用するよう心がけて下さい。 |
| (5) 宗教・政治活動 | 施設内での宗教・政治活動はご遠慮下さい。 |
| (6) 伝染性疾患等の情報提供 | 利用者が他に感染のおそれのある病気に罹患した場合には、速やかにその旨を施設までご連絡下さい。 |

13 苦情申立

| | |
|-------------------------|--|
| 高齢者生協デイサービスまったり | TEL 0586-67-5077 FAX 0568-67-5088 担当責任者：五十嵐 奈美 |
| 一宮市 介護保険課介護保険グループ | 所在地：一宮市本町2丁目5番6号一宮市役所本庁舎2階 TEL：0586-28-9018 FAX：0586-73-1019 |
| 愛知県国民健康保険団体連合会 苦情相談室 | 所在地：名古屋市東区泉一丁目6番5号 国保会館 TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870 |
| 実施地域外の市町村の場合 | |
| | 所在地： TEL： FAX： |

14 その他重要事項

利用料のご負担や支払方法に関しても、愛知県高齢者生活協同組合として誠意を持ってご相談させていただきます。

令和 年 月 日

(乙) 当事業者は、甲1に対する居宅介護サービスの提供開始にあたり、甲1 甲2に対して本書面に基づいて上記重要事項を説明しました。

(乙) 高齢者生協デイサービスまったり

説明者氏名 _____

(甲) 私は、本書面に基づいて乙から上記重要事項の説明を受けました。
私は、通所介護サービスの提供開始に同意します。

(甲1) 利用者（成年後見人/補助人・保佐人・後見人）

氏名 _____

署名代筆者（続柄）

氏名 _____ ()

(甲2) 利用者家族の代表（続柄）

氏名 _____ ()