

**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1号通所事業 重要事項説明書**  
〈令和7年3月1日現在〉

あなたに対する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1号通所事業（以下、事業という）の提供開始にあたり、厚生省令第37号第8条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通りです。

**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               |
| 介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている事業所 |                            |

**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ぬくもり          |
| 所在地        | 〒486-0901 春日井市牛山町1274番地1 |
| 電話番号       | 0568-36-8221             |
| 管理者氏名      | 中村 あやか                   |
| 通常サービス提供地域 | 春日井市                     |

《注》 上記地域以外の方でもご希望の方はご相談下さい。

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| 介護保険法令に基づき愛知県知事から指定を受けている事業所 |                         |
| 高齢者生協の事業所名                   | 種 別                     |
| 春日井「ぬくもり」<br>笑和みんなの家ぬくもり     | 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         |
|                              | 高齢者生協小規模多機能ぬくもり         |
| 岡崎「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「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        |
| 豊田「ケアセンターほみ」                 | 高齢者生協ケアセンターほみ・児童デイ ほほえみ |
| 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) 事業の目的**

この事業は、当デイサービスにて、衣類の着脱・入浴・食事等、日常生活が出来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階建の1階部分  
延べ床面積 166・83㎡  
利用定員 月曜日～金曜日10名

| 設備の種類      | 室数 | 面 積    | 設備の種類 | 室数 | 面 積    |
|------------|----|--------|-------|----|--------|
| 静養室及び機能訓練室 | 1室 | 67.24㎡ | 浴 室   | 1室 | 18.63㎡ |
|            |    |        | 更 衣 室 | 1室 | 12.72㎡ |
| 相 談 室      | 1室 | 7.98㎡  | ト イ レ | 3室 | 14.9㎡  |
|            |    |        | 事 務 室 | 1室 | 45.36㎡ |

### 3 職員体制

| 従事者の職種  | 人員   | 常勤 |    | 非常勤 |    | 事業者の<br>指定基準 | 保有資格  |
|---------|------|----|----|-----|----|--------------|-------|
|         |      | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |              |       |
| 管理者     | 1名   |    | 1名 |     |    |              | 介護福祉士 |
| 生活相談員   | 1名   |    | 1名 |     |    |              | 介護福祉士 |
| 機能訓練指導員 | 1名   |    | 1名 |     |    |              | 准看護師  |
| 看護職員    | 1名   |    | 1名 |     |    |              | 准看護師  |
| 介護職員    | 1名以上 |    |    |     |    |              | 介護福祉士 |

### 4 営業日・営業時間

|          |                              |
|----------|------------------------------|
| 営業日      | 月 ～ 金 （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30分 ～ 午後3時40分            |

### 5 地域密着型通所介護・介護予防通所介護サービスの利用料と概要

#### (1) 法定給付サービス

##### ① 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）※<br>1円未満端数切り捨て |
| 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<br>（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 概 要

| サービスの種別     | 内 容                                                                                    |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 入 浴         | 利用者の希望により、入浴サービスを提供します。                                                                |
| 食 事         | 献立表を作成し、栄養と利用者の身体状況に配慮した変化に富んだ食事を提供します。食事時間は、原則12：00～13：00です。                          |
| 送 迎         | 利用者の希望により、自宅から当施設まで専用車で送迎します。                                                          |
| 排 泄         | 利用者の状態に応じて適切な排泄介助を行います。排泄の自立についても適切な援助を行います。                                           |
| 着替・整容等      | 入浴の際など、着替えの援助が必要な場合、適切な援助を行います。<br>入浴後には、適宜、髭剃り、つめ切り等の整容を行います。                         |
| 機能訓練        | 生活リハビリテーションの観点から、各種レクリエーション、リハビリ体操等をとおして身体機能の低下の防止に努めます。                               |
| 健康管理と緊急時の対応 | 入浴前に血圧、体温のチェックを行い、健康状態を調べます。<br>サービス提供中に事故が発生した場合、利用者の家族等に連絡すると共に、病院への搬送、救急車の手配等を行います。 |
| 相談及び援助      | 利用者及び家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行います。（相談窓口 生活相談員 仲川通代）                        |

## (2) 法定給付外サービス

### ① 利用料

| 区 分             | 利 用 料                                       |
|-----------------|---------------------------------------------|
| 食事の提供           | 1食 650円                                     |
| おやつ・レクリエーション材料代 | 1回 100円                                     |
| おむつの提供          | 実費（特別な銘柄をご指定の場合、施設では対応しかねますのであらかじめご用意ください。） |
| 時間延長サービス        | サービス提供時間が10時間を超えた場合                         |

### ② 概 要

| サービスの種別         | 内 容                                                                              |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 送 迎             | 当施設が送迎可能と判断した場合には、送迎サービスを利用いただけます。                                               |
| 食事の提供           | 施設で提供させていただく給食については、食費を申し受けます。                                                   |
| おやつ・レクリエーション材料代 | レクリエーションでとりくむ創作活動、おやつ作り等の材料代を申し受けます。                                             |
| おむつの提供          | おむつが必要な方については、実費で申し受けます。                                                         |
| 時間延長サービス        | 通所介護計画で必要とされるサービス利用時間を超えるサービス提供についてもご利用いただけます。※時間延長に伴い必要となる医用はベット、お客様にご負担いただきます。 |

### (3) キャンセル料

|                 |                                                                             |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 食事利用をキャンセルされた場合 | 原則として、食費相当額650円を申し受けます。<br>ただし、利用日当日の午前8時までにキャンセルの申し出があった場合はキャンセル料はいただきません。 |
|-----------------|-----------------------------------------------------------------------------|

## 6 非常災害対策

|          |                                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|
| 災 害 対 策  | 別途定める「高齢者生協デイサービスぬくもり消防計画」に則り、防火教育、避難訓練等にとりくむと共に、災害発生時には、防火管理者の指示のもと、迅速かつ適切に対応します。 |
| 近隣との協力関係 | 町内会（消防団）と近隣防災の協力協定を結び、非常時の相互応援を約束しています。                                            |
| 平常時訓練    | 年2回、利用者の参加した避難訓練を実施します。                                                            |

## 7 緊急時等における対応方法

事業の提供を行っている時に、利用者に病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかに主治医の医師等に連絡する等の措置を講じ、管理者に報告しなければならない。

## 8 事故が発生した場合の連絡方法

介護サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに当該利用者の家族、市長等に連絡するとともに、応急処置、救急対応又は受診の有無など、利用者の状態に応じた必要な措置を講ずる。

## 9 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は、虐待の発生またはその再発を防止するため、次の措置を講ずる。

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

## 10 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<br>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。                                   |

## 11 その他ご利用にあたっての留意事項

- 職員は業務上の知り得たご利用者又はご家族の秘密保持をします。
- 退職後も、業務上知り得たご利用者又はそのご家族の秘密を保持させるため、職員との雇用契約の内容に含むものとします。
- ここに定める事項のほか、運営に関する重要事項は愛知県高齢者生活協同組合と事業所の管理者との協議に基づいて定める事としています。

## 12 第三者評価の有無：無し

## 13 苦情申立

|                             |                                                                   |
|-----------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 高齢者生協デイサービスぬくも<br>お客様相談センター | TEL 0568-36-8221 FAX 0568-35-6081<br>担当責任者：中村 あやか                 |
| 春日井市介護・高齢福祉課                | 所在地：春日井市鳥居松町5-44 8:30~17:15<br>TEL 0568-385-6921 土・日・祝12/29~1/3除く |
| 愛知県国民健康保険団体連合会<br>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<br>TEL 052-971-4165 FAX 052-962-8870      |

## 14 その他の重要事項

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も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ぬくもり  
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、地域密着型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（利用者との関係）

氏名 \_\_\_\_\_ ( )

(甲2) 利用者家族の代表（続柄）

氏名 \_\_\_\_\_ ( )