

重要事項説明書

(広域型通所サービス・第1号通所事業サービス(基準緩和型・A型))

あなたに対する広域型通所サービス(第1号通所事業サービス(基準緩和型・A型)) (以下、広域型通所サービス)の提供開始にあたり、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 和敬会
事業者の所在地	愛知県新城市八束穂字天王1032番地の2
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 太田 一平
電話番号	0536-22-0760

2 ご利用施設

施設の名称	なごみの郷ライフフィットネスクラブ
施設の所在地	愛知県蒲郡市柏原町加治替戸3-1
施設長名	太田 和敬
電話番号	0533-56-7266
ファクシミリ番号	0533-66-3677

3 ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類		東三河広域連合の事業者指定			利用 定数
		指定年月日	指定有効期限	事業所番号	
地域 密着 型サ ービ ス	特別養護老人ホーム	令和2年4月16日	令和8年4月15日	2393300070	29人
	認知症対応型共同生活介護 (注1)	令和2年4月16日	令和8年4月15日	2393300088	18人
	小規模多機能型居宅介護 (注1)	令和3年1月1日	令和8年12月31日	2393300096	29人
	通所介護 (注2)	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301098	1単位目 18人 2単位目 18人
居宅	短期入所生活介護 (注1)	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301106	10人

総合事業	介護予防通所サービス（現行移行型）	令和2年5月1日	令和8年4月30日	2373301098	1単位目 18人 2単位目 18人
	広域型通所サービス（基準緩和型）	令和5年4月1日	令和11年3月31日	23A3300028	1単位目 10人 2単位目 10人

（注1については介護予防事業を一体的に行います。）（注2については総合事業サービスを一体的に行います。）

4 事業の目的と運営の方針

事業の目的	<p>なごみの郷ライフフィットネスクラブが行う指定広域型通所サービスの事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、なごみの郷ライフフィットネスクラブの従業者が要支援等状態にある高齢者に対し、適正な指定広域型通所サービスを提供することを目的とする。</p>
施設運営の方針	<p>指定広域型通所サービスの提供に当たっては、なごみの郷ライフフィットネスクラブの従業者は、要支援者等が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な機能訓練の援助及び指導を行う事により、利用者の心身機能の維持、向上、並びに日常生活動作機能の改善を図る。また、日常生活動作機能の改善により、利用者及び家族の身体的及び精神的負担の軽減を目指すものとする。</p> <p>事業の実施にあたっては、東三河広域連合、関係市町村、地域包括支援センター（介護予防ケアマネジメント事業者）・居宅介護支援事業者・地域の保険・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るものとする。</p>

5 施設の概要（広域型通所サービス（第1号通所事業サービス（基準緩和型・A型）））

(1) 敷地および建物

敷地	5810.00㎡	
建物	構造	鉄骨造3階建一部PH（耐火建築物）
	延べ床面積	374.19㎡（3551.48㎡）
	利用定員	10名（2単位：10名×2）

(2) その他主な設備

設備の種類	数	面積	1人あたりの面積
広域型通所サービスフロア	1室	136.6 m ²	13.66 m ²
便所	2箇所		

(注) 各部屋の配置ならびに構造については、別添のパフレットを参照してください。

6 広域型通所サービス（第1号通所事業サービス（基準緩和型・A型））

職員体制（主たる職員）

1 単位目

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格 (※印は兼務)
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長（管理者）	1		1				社会福祉主事 1名※	
生活相談員	9		5		4		社会福祉士 1名※ 介護福祉士 8名※	
介護職員	13		7		6	1	1	介護福祉士 8名※
看護職員	5		1		4			看護師 4名※ 准看護師 1名※
機能訓練指導員	4		4					理学療法士 3名※ 作業療法士 1名※
運転士	3				3			

2 単位目

従業者の職種	員数	区分				常勤換算後の人員	事業者の指定基準	保有資格 (※印は兼務)
		常勤		非常勤				
		専従	兼務	専従	兼務			
施設長（管理者）	1		1					社会福祉主事 1名※
生活相談員	9		5		4			社会福祉士 1名※ 介護福祉士 8名※
介護職員	13		7		6	1	1	介護福祉士 8名※

看護職員	5		1		4			看護師 4 名※ 准看護師 1 名※
機能訓練指導員	4		4					理学療法士 3 名※ 作業療法士 1 名※
運転士	3				3			

(注) 職員数は令和 6 年 4 月 1 日現在です。

7 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
施設長(管理者)	・ 正規の勤務時間帯 (9:00～18:00)	4週8休
生活相談員	・ 正規の勤務時間帯 (8:00～17:00) (8:30～17:30) (9:00～18:00)	4週8休
介護職員	・ 常勤の勤務時間帯 (8:00～17:00) (8:30～17:30) (9:00～18:00) ・ 非常勤の勤務時間帯 (8:30～17:30) ・ サービス提供時間帯 (9:15～12:20)、(13:30～16:35) は、原則職員 1 名以上。	(常勤) 4週8休 (非常勤) 4週18休
看護職員	・ 常勤の勤務時間帯 (8:00～17:00) (8:30～17:30) (9:00～18:00)	(常勤) 4週8休 (非常勤) 4週20休
機能訓練指導員	・ 常勤の勤務時間帯 (8:00～17:00) (8:30～17:30) (9:00～18:00)	4週8休

8 事業実施地域、営業日およびご利用の予約

通常の事業の実施地域	東三河広域連合構成市町村
営業日	毎週月曜日～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分から午後5時30分まで。
サービス提供時間	午前9時15分から午後0時20分まで 午後1時30分から午後4時35分まで

ご予約の方法	ご利用の予約は、利用を希望される期間の初日の 2 か月前から受け付けております。
--------	--

9 施設サービスの概要

(1) 介護予防・日常生活支援総合事業サービス給付

種 類	内 容	利用料
広域型通所サービス (第 1 号通所事業・基準緩和型 A 型)	東三河広域連合の定める額(ただし、法定代理受領の場合は指定介護予防サービス基準額の 1 割又は 2 割又は 3 割相当、法定代理受領でない場合は、指定広域型通所サービス基準額相当額です。)	事業対象者①(1 週 1 回程度利用) 1,438 単位/月 事業対象者②(1 週 2 回程度利用) 2,897 単位/月 要支援 1 1,438 単位/月 要支援 2 2,897 単位/月 ※2 割又は 3 割負担の方は上記の額の 2 倍又は 3 倍となります
加算	(加算料金 I) 生活機能向上グループ活動加算 80 単位、栄養改善加算 160 単位、口腔機能向上加算 120 単位、初期認知症支援加算 180 単位等。 (加算料金 II) 介護職員処遇改善加算として、総単位数に 5.9% を乗じた単位が加算されます。 介護職員等ベースアップ等支援加算として、総単位数に 1.1% を乗じた単位が加算されます。 ※加算については、加算条件を満たした場合のみの算定となります。(ご利用中に加算内容の変更をする場合があります。)	
地域区分 7 級地	1 単位 10.14 円として計算されます。	
排せつの介助	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の状況に応じて適切な排せつ介助を行うとともに、排せつの自立についても適切な援助を行います。 ・おむつを使用する方に対しては、随時交換を行います。 	

機能訓練	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員・機能訓練指導員により、利用者が日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。 ・利用者の心身の活性化と生活機能向上を図るための各種サービス（体操・運動機器を使用しての機能訓練及びリハビリテーション）を提供します。 <p>（当施設の保有するリハビリ器具）</p> <p>チェストプレス1台 レッグプレス1台 レッグエクステンション1台 ヒップアブダクション1台 エルゴメーター 2台 等</p>	
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の血圧、脈拍、体温、心身の状況などから、利用者の健康状態を把握し、各種サービスを利用するために必要な処置を行います。また、緊急等必要な場合には主治医等に責任をもって引継ぎます。 	
相談および援助	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。 <p>（相談窓口）生活相談員 田口 永子</p>	
送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・ご自分で来所が困難な方は、リフト付きの送迎車で入退所の送迎を行います。 	

(2) 介護保険給付外サービス

種類	内容	利用料
特別な送迎	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設の事業実施区域外の方で特に送迎をご希望の方にリフト付きの送迎車で送迎を実施します。 	<ul style="list-style-type: none"> ・実施地域を越えた地点から片道 5km 以下、1回につき 500 円。1km 増すごとに 100 円加算した額とする。
おむつ代	<ul style="list-style-type: none"> ・利用中におむつを交換する場合があります。 	<ul style="list-style-type: none"> ・別紙のとおり
身の回り品 及び 教養娯楽費	<ul style="list-style-type: none"> ・身の回り品及び教養娯楽費用で、利用者が負担することが適当と認められる費用。 ・（例えば、おやつ代、レクリエーション材料費等） 	<ul style="list-style-type: none"> ・100 円/回

10 苦情等申立先

なごみの郷 ライフフィット トネスクラブ	苦情受付 苦情解決責任者（太田 和敬） 担当者 生活相談員（田口 永子） 機能訓練指導員（鈴木 康彦） 機能訓練指導員（太田 貴敬） ご利用時間 毎日午前 8 時 00 分～午後 6 時 00 分 ご利用方法 電話 0533-56-7266 面接 ご利用時間中随時
東三河広域連 合	窓口 介護保険課 電話 0532-26-8471（土日祝日を省く）
愛知県国民健 康保険団体連 合会	開設場所 〒461-8532 名古屋市東区泉 1 丁目 6 番 5 号 窓口 苦情相談室 電話 052-971-4165 開設時間 平日（祝日を省く）午前 9 時～午後 5 時

11 第三者評価の実施状況

第三者評価の実施：なし

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「なごみの郷 消防計画」に従い、利用者の避難等適切な措置を講じます。			
平常時の訓練等	別途定める「なごみの郷 消防計画」に従い、年 1 回避難訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
防災設備 (特別養護老人ホームと共通)	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あり	防火扉・シャッター	31 個所
	非難階段	2 個所	非常放送設備	あり
	自動火災報知機	あり	火災通報装置	あり
	誘導灯	52 個所	避難器具	2 個所
	消火器	34 個	非常用電源	あり
	カーテンは防煙性能のあるものを使用しております。			
消防計画等	消防署への変更届出日：平成 29 年 7 月 31 日 防火管理者：玉川 祐輔			

13 当施設ご利用の際に留意いただく事項

付添・来訪・面会	付添・来訪者は、利用時間を遵守し、必ずその都度職員に届出てください。
医療機関への	緊急時救急車対応以外の受診は、ご家族にてお願いいたします。

受診	
設備・器具の利用	施設内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがございます。
喫煙・飲酒	喫煙は全館禁煙となっています。飲酒につきましてもお断りしています。
迷惑行為等	騒音等他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、むやみに入所者の居室等に立ち入らないようにしてください。
所持品の管理	薬の管理は看護職員にて行います。着替え用衣類等は、担当介護職員にて管理いたします。
現金等の管理	原則自己管理（小銭）をお願いいたします。
宗教活動・政治活動	施設内で他の利用者に対する宗教活動および政治活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みはお断りします。

14 秘密保持の厳守

<p>従業員は、業務上知り得た利用者または家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。 （就業規則に明記し、従業員の契約書または誓約書に署名を求めます。）</p>
<p>従業員が退職後、在職中に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を、正当な理由なく第三者に漏らすことのないように必要な措置を講じます。 （退職事務手続きに明記します。）</p>
<p>利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。</p>

15 事故・緊急時の対応方法

<p>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、東三河広域連合、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者に対するサービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。</p>
--

以上を、令和_____年_____月_____日に説明しました。

なごみの郷ライフフィットネスクラブ

職名 _____ 氏名 _____ ⑩

私は、本書面に基づいて乙の職員（職名 生活相談員 氏名 _____）から
上記重要な事項の説明を受けたことを確認します。

令和_____年_____月_____日

利用者 住所 愛知県 _____

氏名 _____ ⑩

利用者の家族等 住所 愛知県 _____

氏名 _____ ⑩

続柄 _____

注1 施設利用契約における、施設使用の際の留意事項を含みます。

注2 担当職員名については変更する可能性があります。