

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業
読谷の里デイサービスセンター
重 要 事 項 説 明 書

令和 7年 4月 1日

第1号通所事業 介護予防通所介護相当サービスご利用に際し、事業所の概要や提供されるサービスの内容、利用料金、契約上ご注意くださいことを次の通りご説明いたします。

※ ※ 目 次 ※ ※

1. 事業所の概要	1 ページ
2. 職員の配置状況	2 ページ
3. 提供するサービスと利用料金	2 ページ
4. 緊急時における対応方法	4 ページ
5. 事故発生時の対応	4 ページ
6. 苦情相談窓口	4 ページ
7. サービスの利用にあたっての留意事項	5 ページ
8. 虐待の防止のための措置	5 ページ
9. 非常災害対策	5 ページ
10. 秘密保持	5 ページ

あなた（利用者）に対する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重要事項は、次のとおりです。

1. 事業所(法人)の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 祥永会
主たる事業所の所在地	〒904-0301 沖縄県中頭郡読谷村字座喜味1875番地1
代表者（職名・氏名）	理事長 森岡 秀一
設 立 年 月 日	平成 6年12月16日
電 話 番 号	098-956-2000（代表）

事業所の概要

ご利用事業所の名称	介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業 読谷の里デイサービスセンター	
サービスの種類	第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）	
事業所の所在地	〒904-0301 沖縄県中頭郡読谷村字座喜味1875番地1	
電 話 番 号	098-957-5000	
指定年月日・事業所番号	平成18年 4月 1日指定	4772200020
実施単位・利用定員	1単位	定員 50人
通常の事業の実施地域	読谷村	

事業の目的と運営の方針

事業の目的	要支援状態にある利用者が、その有する能力に応じ、可能な限り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、生活の質の確保及び向上を図るとともに、安心して日常生活を過ごすことができるよう、第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）を提供することを目的とします。
運営の方針	事業者は、利用者の心身の状況や家庭環境等を踏まえ、介護保険法その他関係法令及びこの契約の定めに基づき、関係する市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービス等と綿密な連携を図りながら、利用者の要支援状態の軽減や悪化の防止、もしくは要介護状態となることの予防のため、適切なサービスの提供に努めます。

提供するサービスの内容

第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）は、事業者が設置する事業所（デイサービスセンター）に通っていただき、入浴、排せつ、食事等の介護、生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に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、利用者の心身機能の維持を図るサービスです。

営業日時

営業日	月曜日から土曜日まで ただし、12月30日～1月3日及び天災その他やむをえない事情によりサービスの提供ができない日を除きます。
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30分から午後 4時00分まで

2. 職員の配置状況

従業者の職種	員数(人)	勤務の形態・
管理者（生活相談員と兼務）	1名	
生活相談員	1名以上	
看護職員（機能訓練指導員と兼務）	1名以上	
機能訓練指導員（看護職員と兼務）	1名以上	
介護職員	8名以上	

3. サービス提供の責任者

あなたへのサービス提供の担当職員(生活相談員)及びその管理責任者(管理者)は下記のとおりです。
サービスの利用にあたって、ご不明な点やご要望などありましたら、何でもお申し出ください。

管理責任者の氏名	管理者 喜屋武 勉
----------	-----------

4. 提供するサービスと利用料金

事業所では、利用者に対し以下のサービスを提供いたします。

<サービスの概要>

① スリング

1. 利用者の運動器の機能向上を目標とし個別の介護予防通所介護計画書を作成いたします。
2. 介護予防通所介護計画書に基づき適切なサービスを実施、定期的な評価と見直しを行い利用者の自立を支援します。

② 食 事

1. 管理栄養士の作成した献立表により、利用者の栄養及び嗜好等を考慮した食事を提供いたします。
2. 利用者への食事提供の際は、適時適温を心がけます。
3. 利用者の身体の状態に応じて、食事形態を考慮し提供いたします。

(食 事 時 間) 昼 食 12:30から13:30

③ 入 浴

1. 利用者の身体の状態に応じて、入浴用備品を使用しサービスの提供を行います。

④ 排 泄

1. 利用者の身体の状態等に配慮し介助を行います。

⑤ 送 迎

1. 利用者の身体の状態等に応じた車両で送迎いたします。

安全で、円滑な送迎を提供させていただくに当たり、今一度ご利用者様・ご家族の皆様にご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

- 1) 原則として、玄関の中までのお迎え・玄関の中までのお送りをいたします。

身体的・環境的等の諸事情がある場合は、ご利用者様・ご家族様と話し合いを行い、当施設で提供できる範囲内の送迎サービスを提供させていただきます。

- 2) 季節や天候により、暑かったり寒かったりと、身体に及ぼす影響は様々です。

自宅の中でお待ちいただきますようお願いいたします。

- 3) お迎えの時間を、ご利用者様・ご家族様と話し合い決定いたします。

交通事情等で、到着時間が遅れる場合は、施設より電話連絡いたします。又、欠席や送迎時間の変更、送迎のキャンセル等ある場合はご連絡をお願いいたします。

- 4) 乗車中は、全座席シートベルトを必ず着用してください。
- 5) 送迎職員到着後、体調不良等を除き、準備等ができていない場合は、長時間待つことができません。他の利用者様にもご迷惑をかけてしまうことになり送迎の対応ができなくなる場合もあります。スムーズで安全な送迎を行うために、ご理解くださり、ご利用者様・ご家族様のご協力をお願いいたします。
- 6) 自家用車で来所される場合は、駐車スペースに限りがありますので、あらかじめご了承ください。あなたがサービスを利用した場合の「基本利用料」は以下のとおりであり、あなたからお支払いいただく「利用者負担金」は、原則として負担割合証に応じた基本利用料の1割、2割又は3割の額です。ただし、介護保険の支給限度額を超えてサービスを利用する場合、超えた額の全額をご負担いただきます。

(1) 第1号通所事業（介護予防通所介護相当サービス）の利用料

【基本部分】

利用者の 要介護度	基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
事業対象者 要支援1	17,980円（1月につき）	1,798円	3,596円	5,394円
事業対象者 要支援2	36,210円（1月につき）	3,621円	7,242円	10,863円
事業対象者 要支援1	4,360円（1回につき） （1月の中で全部で4回までのサービス）	436円	872円	1,308円
事業対象者 要支援2	4,470円（1回につき） （1月の中で全部で5回～8回までのサービス）	447円	894円	1,341円

上記の基本利用料は、厚生労働大臣が告示で定める金額であり、これが改定された場合は、これら基本利用料も自動的に改定されます。なお、その場合は事前に新しい基本利用料を書面でお知らせします。

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の料金が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）	加算額			
		基本利用料	利用者負担 (1割)	利用者負担 (2割)	利用者負担 (3割)
サービス提供 体制強化加算(Ⅰ)イ※	事業対象者・要支援1	880円	88円	176円	264円
	事業対象者・要支援2	1,760円	176円	352円	528円

介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 所定単位数の 92/1000 加算

※印の加算は区分支給限度額の算定対象からは除かれます。

(2) その他費用

食費	食事の提供を受けた場合、1回につき <u>600円</u> の食費をいただきます。
おむつ代	おむつの提供を受けた場合、費用の実費をいただきます。
その他	上記以外の日常生活において通常必要となる経費であって、利用者負担が適当と認められるもの（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）について、費用の実費をいただきます。

(3) 支払い方法

上記(1)から(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1か月ごとにまとめて請求しますので、次のいずれかの方法によりお支払いください。なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、引き落とし及び振り込みに関しては入金確認後10日以内、現金支払いに関しては利用者負担金の支払いを受けた後、帰宅前までには差し上げます。

支払い方法	支払要件等
口座引き落とし	サービスを利用した月の翌月の21日、祝休日の場合は直後の平日にあなたが指定する口座より引き落とします。
銀行振り込み	サービスを利用した月の翌月の25日(祝休日の場合は直前の平日)までに、事業者が指定する下記の口座にお振り込みください。 振込み先：沖縄銀行 読谷支店 普通預金 口座番号：1216438 口座名義：読谷の里デイサービスセンター 理事長 森岡秀一 ご依頼人：デイサービス利用者 氏名
現金払い	サービスを利用した月の翌月の25日(休業日の場合は直前の営業日)までに、現金でお支払いください。

5. 緊急時における対応方法

サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに下記の主治医及び家族等へ連絡を行う等、必要な措置を講じます。

6. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター、読谷村及び沖縄県介護保険広域連合等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

7. 苦情相談窓口

(1) サービス提供に関する苦情や相談は、当事業所の下記の窓口でお受けします。

①窓口担当者：管理者及び生活相談員 喜屋武勉、大城子佳湖、長浜和彦

②ご利用日：月曜日～土曜日

③ご利用時間：午前8時30分～午後5時30分

④ご利用方法：1. 電話による苦情やご相談

電話番号 098-956-2000 (代表)

2. 書面等投書による 苦情やご相談

ご意見箱設置箇所 事務所カウンター及びデイサービスステーションカウンター

⑤面談場所：相談室

(2) サービス提供に関する苦情や相談は、下記の機関にも申し出ることができます。

苦情受付機関	読谷村福祉課	電話番号 098-982-9209
	沖縄県介護保険広域連合	電話番号 098-911-7502
	沖縄県国民健康保険団体連合会	電話番号 098-860-9026

8. サービスの利用にあたっての留意事項

サービスのご利用にあたってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなったときは、すぐに職員にお申し出ください。
- (2) 複数の利用者の方々が同時にサービスを利用するため、周りの方のご迷惑にならないようお願いします。
- (3) 体調や容体の急変などによりサービスを利用できなくなったときは、できる限り早めに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者へご連絡ください。

9. 虐待の防止のための措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止及び身体拘束の禁止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し、研修を実施する等の措置を講ずるものとする。

10. 非常災害対策

サービス提供中に天災その他の災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講ずる。又、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には、避難等の指揮をとるものとする。

2 非常災害に備え、少なくとも1年に2回は避難、救出その他必要な訓練を行うものとする。

11. 秘密保持

業務上知り得た利用者又はそのご家族等関係者に関する秘密は漏洩いたしません。

但し、利用者個々のサービス計画等作成の為、及び提供サービスの向上を目的として、実施されるサービス担当者会議等においては、個人情報を持ちいらせていただく場合があります。

※三者契約書の第12条をご参照ください。

個人情報の使用等に係る説明

以下に定める条件の通り、読谷の里デイサービスセンターは、ご利用者本人及びご家族(身元引受人)の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲で使用、提供、または収集することをお約束致します。

(1) 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

(2) 利用目的

- ①ご利用者に関わる介護計画（ケアプラン）を立案し、円滑にサービスが提供されているために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- ②医療機関、福祉事業者、介護支援専門員、介護サービス事業者、自治体（保険者）、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- ③ご利用者が、医療サービスの利用を希望している場合及び主治医等の意見を求める必要がある場合。
- ④ご利用者の利用する介護事業所内のカンファレンスのため。
- ⑤行政からの求めに応じるとき。
- ⑥その他サービス提供で必要な場合。
- ⑦上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。
- ⑧肖像権について、読谷の里デイサービスセンターの、ホームページ・パンフレット・社内、外研修・掲示物・広報誌などの作成に伴い、ご利用者の写真及び映像を必要とする場合。

(3) 使用条件

- ①個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外は決して利用しない。また、ご利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても第三者に漏らさない。
- ②個人情報を使用した会議の内容や相手方等について経過を記録し、請求があれば開示する。

重要事項説明書を証するため、本書2通を作成し、甲が記名捺印、乙が記名のうえ、各1通を保有するものとします。

令和 年 月 日

指定介護予防通所介護サービスの提供の開始に際し、重要事項の説明を行いました。

説明者職名 生活相談員 氏名

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、指定介護予防通所介護サービスの提供開始に同意いたしました。

甲 (利用者のご家族様)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

(利用者)

住 所 _____

氏 名 _____ 印

住 所 沖縄県中頭郡読谷村字座喜味1875番地1
乙 事業者名 社会福祉法人 祥 永 会
介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業
読谷の里デイサービスセンター
代表者名 理 事 長 森 岡 秀 一