

読谷の里デイサービスセンター指定通所介護事業所 重 要 事 項 説 明 書

令和 7 年 4 月 1 日

指定通所介護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
ご注意いただきた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. 利用の中止、変更、追加・・・・・・・・	4 ページ
5. 苦情や相談の受付について・・・・・・・・	4 ページ
6. 秘密保持・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ
7. サービス提供時の事故発生時の対応・・・・・・	5 ページ
8. 緊急時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ
9. 虐待の防止のための措置・・・・・・・・	5 ページ
10. 非常災害対策・・・・・・・・・・・・・・・・	5 ページ

※ 通所介護サービスのご利用は、市町村において「要介護」と認定された方が対象となりますが、要介護認定申請中の方についても介護保険法の規定に基づきご利用は可能です。

1. 事業所の概要

- (1) 事業者名 社会福祉法人 祥永会
- (2) 設立年月日 平成6年12月16日
- (3) 代表者氏名 森岡 秀一
- (4) 事業所名称 読谷の里デイサービスセンター指定通所介護事業所
- (5) 介護保険事業所番号 4772200020
- (6) 管理者氏名 喜屋武 勉
- (7) 開設年月日 平成7年4月1日
- (8) 事業実施地域 読谷村・嘉手納町
- (9) 営業日及び時間 ①営業日 月曜日～土曜日
但し、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く。
②サービス提供時間 午前9時30分～午後4時45分
③サービス延長時間 午後6時45分～午後7時00分(1時間)
④サービス延長時間 午後6時45分～午後8時00分(2時間)
⑤午後6時30分以降 延長加算対象
- (10) 利用定員 50人(1日当たり)
- (11) 所在地 沖縄県中頭郡読谷村字座喜味1875番地1
(特別養護老人ホーム 読谷の里併設)
- (12) 電話番号 098—956—2000 (代表)
- (13) FAX番号 098—956—0022 (代表)
- (14) 目的 介護保険法令に従い、利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として、通所介護サービスを提供します。
- (15) 運営方針 加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病等により要介護状態等となった利用者の方々がその居宅において、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目指すとともに、利用者の社会的孤立感の解消及び心身機能の維持並びにご家族の身体的、精神的な負担の軽減を図るために、必要な日常生活上の世話及び日常生活動作訓練等の介護その他必要な援助を行なう。

2. 職員の配置状況

事業所では、利用者に対して通所介護サービスを提供する職員を下記の通り配置しています。

<職員の配置状況>

職 種	員数（人）	備 考
管 理 者	1	生活相談員と兼務
生活相談員	3	
看 護 職 員	3	訓練員と兼務
作業療法士	2	看護職員と兼務
介 護 職 員	12	

<職員の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
生活相談員	8：30～17：30
看 護 職 員	
介 護 職 員	
介 護 職 員	10：30～19：30 (サービス提供が可能な適当数)

3. 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。

(1) 介護保険給付の対象となるサービス

※利用料金の9割（通常）が介護保険から給付されます。

<サービスの概要>

① 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 ： 12：30から13：30

② 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。

③ 排 泄

1. 利用者の身体の状態等に配慮し介助を行います。

④ 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。

(1) サービス利用料金 (1ヶ月あたり)

利用者の要介護度に応じたサービス利用料金から介護保険給付費額を除いた金額 (自己負担額) に係る標準自己負担額 (サービス利用料金の1割、2割又は3割) の合計金額をお支払い下さい。

※併設通所介護 (7時間以上8時間未満)

	サービス 利用料金 (1)	自己負担額 (1割) (2)	自己負担額 (2割) (3)	自己負担額 (3割) (4)
要介護度 1 (7時間～8時間未満)	6,070 円	607 円	1,214 円	1,821 円
要介護度 2 (7時間～8時間未満)	7,160 円	716 円	1,432 円	2,148 円
要介護度 3 (7時間～8時間未満)	8,300 円	830 円	1,660 円	2,490 円
要介護度 4 (7時間～8時間未満)	9,460 円	946 円	1,892 円	2,838 円
要介護度 5 (7時間～8時間未満)	10,590 円	1,059 円	2,118 円	3,177 円
入浴加算	400 円	40 円	80 円	120 円
サービス提供体制強化加算(I)	220 円	22 円	44 円	66 円
個別機能訓練加算 (I) イ	560 円	56 円	112 円	168 円
個別機能訓練加算 (II) (月額)	円	円	円	円
中重度者ケア体制加算	円	円	円	円
昼食費 (おやつ代含む) ☆自己負担	600 円	600 円	600 円	600 円
延長加算 (19時迄: 1時間)	500 円	50 円	100 円	150 円
延長加算 (20時迄: 2時間)	1,000 円	100 円	200 円	300 円
食費 (延長時) ☆自己負担	350 円	350 円	350 円	350 円

通所介護処遇改善加算(I) 1月により + 所定単位数×92/1000

※所定単位は、通所介護費(要介護度1～5)までにより算定した単位数の合計

(2) 利用料金の以外の金額を利用者に負担いただく場合

<サービスの概要と利用料金>

①手工芸材料費

手工芸を希望される利用者の方々より、材料代等の実費をいただきます。

②紙おむつ代金

実費ご負担いただきます。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用者の介護度及び居宅サービス計画に基づき提供しました保険給付サービスの利用者負担分及び保険給付以外のサービス提供等の実費負担分を計算し請求させていただきます。

お支払い方法

原則として、前月ご利用されたサービス利用料金を毎月20日までに、いずれかの方法にてお支払い下さいますようお願いいたします。

①窓口で現金支払い。

②ご利用者又はご家族のご要望等により随時の支払い。

③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。（但し、お振込み手数料は利用者負担となりますのでご了承下さい。）

④各金融機関にてお振込み希望の際は、下記のお振込み口座へお願いいたします。

（但し、お振込み手数料は利用者負担となりますのでご了承下さい。）

お振込口座

お振込み先	沖縄銀行 読谷支店
貯金種目	普通
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

4. 利用の中止、変更、追加

①利用予定日の前日までに事業所に申し出ることにより、サービス利用を中止又は、変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。

②サービス利用の変更、追加の申し出に対して、事業所の稼動状態等により希望する日にサービスの提供ができない場合は、他の利用可能日を提示する等、協議させていただきます。

5. 苦情や相談の受付について

事業所やサービスについての苦情やご相談は以下の専用窓口で受付いたします。

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

※下記の公的機関においても苦情申し出が行えます。

読谷村役場 福祉課	所 在 地 / 読谷村字座喜味2901番地 電話番号・FAX / 982-9209・982-9210 受付時間 / 9:00～17:00
沖縄県 広域連合	所 在 地 / 読谷村字比謝町55番地 比謝町複合施設2階 電話番号・FAX / 911-7500・911-7506 受付時間 / 9:00～17:00
国民健康保険 団体連合会	所 在 地 / 那覇市西3丁目14-18 電話番号・FAX / 863-2321・867-6758 受付時間 / 9:00～17:00
沖縄県 社会福祉協議会	所 在 地 / 那覇市首里石嶺町4-373-1 電話番号・FAX / 887-2000・887-2024 受付時間 / 9:00～17:00

6. 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、個人情報をお願いさせていただく場合があります。

※契約書の第11条及び三者契約書の第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時。
- 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。

7. サービス提供時の事故発生等の対応

利用者に対し、サービスの提供時に事故が発生した場合には、速やかに関係機関（市町村）に事故の具体的な内容及びその後の対応状況等について書面をもって報告するとともに、損害賠償についても迅速に履行いたします。

但し、利用者の明らかな過失による事故の場合は、関係機関への報告はいたしますが、損害賠償については協議のうえ、行なうべきか否かを決定させていただきます。

8. 緊急時の対応

当事業所は、利用者が入所中に利用者の容態が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに利用者及び契約者が指定する者に対し、緊急に連絡します。また、利用者の主治医又は当事業所の協力医療機関に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

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じるものとする

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、避難等の指揮を執るものとする。

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。

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 8年 5月 29日

指定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 喜屋武 勉

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 読谷村字渡慶次42番地

氏 名 棚原 トミ 印

住 所 沖縄県中頭郡読谷村字座喜味1875番地1
事業者名 社会福祉法人 祥 永 会

乙 読谷の里デイサービスセンター指定通所介護事業所
代表者名 理 事 長 森 岡 秀 一