

**繁多川偕生園デイサービスセンター
介護予防・日常生活支援総合事業
介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書**

(改定：令和6年4月1日)

◇◆目 次◆◇

1. 事業者の概要	P2
2. ご利用事業所の概要	P2
3. 事業の目的と運営方針	P2
4. 提供するサービスの内容	P2
5. 営業日時	P3
6. 事業所の職員体制	P3
7. 利用料	P3
8. 加 算	P4
9. その他費用	P4
10. 支払い方法	P5
11. 利用の中止、変更、追加	P5
12. 事故発生時の対応	P5
13. 苦情相談窓口	P6
14. 記録の保存年限	P6
15. 緊急時の対応方法	P6
16. 災害時の対応について	P6
17. 業務継続に向けた取り組みの強化	P6
18. 身体拘束について	P7
19. 認知症ケアについて	P7
20. 高齢者虐待の防止について	P7
21. 利益供与の禁止について	P7
22. 個人情報の取り扱いについて	P8

介護予防・日常生活支援総合事業 介護予防通所介護相当サービス 重要事項説明書

利用者に対するサービスの提供開始にあたり、当事業者が説明すべき重要事項は、次のとおりです。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人 偕生会
主たる事業所の所在地	沖縄県那覇市字首里石嶺町四丁目390番地
代表者（職名・氏名）	理事長 安里 政晃
設立年月日	昭和47年5月9日
電話番号	098-886-2844

2. ご利用事業所の概要

ご利用事業所の名称	繁多川偕生園デイサービスセンター	
サービスの種類	介護予防通所介護相当サービス	
事業所の所在地	沖縄県那覇市繁多川1丁目6-16番地	
電話番号	098-833-0550	
指定年月日・事業所番号	平成21年7月1日指定	4770101790
実施単位・利用定員	1単位	定員 30名
通常の事業の実施地域	那覇市	

3. 事業の目的と運営の方針

事業の目的	ご利用者の健全で安定した在宅生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上等を図るとともにそのご家族の身体的精神的負担の軽減を図ることを目的とします。
運営の方針	ご利用者の人間性、自主性を重んじ、ご利用者ひとり一人に沿った介護予防通所介護相当サービスの提供を行ってまいります。また、地域に施設機能を開放することにより常に地域との交流の場を設け、地域社会と偕(とも)に生きることを実践してまいります。

4. 提供するサービスの内容

介護予防通所介護相当サービス（以下「サービス」という）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。

5. 営業日時

営業日	月～土 但し、12月31日～1月3日は休日
受付時間	月～土 8：30～17：30
サービス提供時間	月～土 9：45～16：00

6. 事業所の職員体制

従業者の職種	勤務の形態・人数
管理者	_____名
生活相談員	_____名
看護職員	_____名
介護職員	_____名
機能訓練指導員	_____名

7. 利用料

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、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割か2割または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) サービス利用料

【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)
要支援1	1,798円(1月につき)	1,798円	3,596円	5,394円
要支援2	3,621円(1月につき)	3,621円	7,242円	10,863円
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
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)
運動器機能向上加算	運動器の機能向上を目的として個別的に実施される機能訓練を行った場合		2,250円	2,250円	4,500円	6,750円
サービス提供体制強化加算（Ⅱ）	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	要支援 1	720円	720円	1,440円	2,160円
		要支援 2	144円	144円	2,880円	4,320円
介護職員処遇改善加算Ⅰ	介護職員の処遇改善に関して、一定の改善基準を超えた場合		所定単位の5.9%を加算（1月につき）			
介護職員特定処遇改善加算Ⅰ			所定単位の1.2%を加算（1月につき）			
科学的介護推進体制加算			400円（40単位）（1月につき）			
ADL維持等加算			(Ⅰ) 30単位 (Ⅱ) 60単位			
口腔機能向上加算			(Ⅰ) 150単位 (Ⅱ) 160単位			
介護職員等ベースアップ支援加算			所定単位の1.1%を加算（1月につき）			

(2) その他費用

支給限度額を超えるサービスの利用	介護保険給付の支給限度額を超えてサービスを利用される場合は、サービス利用料金の全額がご利用者の負担となります。
食事・おやつ	一般食、治療食などご利用者に応じた食事を提供します。
	利用料金：1回あたり350円
レクリエーション、クラブ活動	ご利用者の希望により、レクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。
	利用料金：材料代等の実費をいただきます。
複写物の交付	ご利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。
	利用料金：1枚につき10円

日常生活上必要となる諸費用実費	日常生活に要する費用で、ご利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる用を負担していただきます。
	〈例〉オムツ、ティッシュなど

(3) 支払い方法

上記(1)、(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。

①	窓口での現金支払
②	下記指定口座への振込
	沖縄銀行 石嶺支店 (普) 1 4 8 1 7 8 6 社会福祉法人沖縄偕生会 理事長 安里 政晃
③	金融機関口座からの自動引落とし(1回につき110円の手数料がかかります) ご利用できる金融機関: 各銀行、郵便局、農業協同組合

8. 利用の中止、変更、追加 (契約書第7条参照)

- ①利用予定日の前に、ご利用者の都合により、サービスの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。この場合にはサービス実施日の前日までに事業者に出して下さい。
- ②サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時をご利用者へ提示して協議します。
- ③月のサービス利用日や回数については、ご利用者の状態の変化、介護予防ケアマネジメントに位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ④ご利用者の体調不良や状態の改善等により、通所型サービス計画に定めた期日より利用が少なかった場合、又は通所型サービス計画に定めた期日より利用が多かった場合であっても、日割りでの割引又は増額はしません。
- ⑤月ごとの定額制となっているため、月の途中から利用を開始したり月の途中で終了した場合であっても、以下に該当する場合を除いては、原則として、日割り計算は行いません。
 - 一 月途中で要支援から要介護に変更となった場合
 - 二 同一保険者管内での転居等により事業所を変更した場合
- ⑥月途中で要介護度が変更となった場合には、日割り計算によりそれぞれの単価に基づいて利用料を計算します。
- ⑦ご利用者の状態の変化等により、サービス提供量が通所型サービス計画に定めた実施回数、時間等を大幅に上回る場合には、介護支援事業者と調整のうえ、介護予防ケアマネジメントの変更又は要支援認定の変更申請、要介護認定申請の援助等必要な支援を行います。

9. 事故発生時の対応

当事業所は、万全の態勢で指定サービスの提供に当たりますが、万一事故が発生した場合には、速や

かにご利用者のご家族、関係市町村等に連絡すると共に、事故に遭われた方の救済事故の拡大防止等の必要な措置を講じます。

又、ご利用者に賠償すべき事故が発生した場合には、誠意をもって速やかに損害賠償を行い、その事故状況、採った処置等を記録に残し保管するものとします。

10. 苦情相談窓口(契約書第16条参照)

(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。

事業所相談窓口	電話番号 098-833-0550 月曜日～土曜日(8:30～17:30) 担当者 (相談員) 井口 敏樹 新城 彩子
---------	---

(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。

沖縄県国民健康保険団体連合会	所在地:那覇市西3丁目14番地18号 連絡先:860-9026 (FAX:電話兼用) 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝祭日除く)
那覇市健康福祉部 ちやーがんじゅう課	所在地:那覇市泉崎1丁目1番地1号 連絡先:862-9010 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝祭日除く)
沖縄県サービス運営適正化委員会	所在地:那覇市首里石嶺町4丁目373番地1 連絡先:882-5704 FAX:882-5714 受付時間:9:00～17:00(土・日・祝祭日除く) E-mail : kuzyou@okishakyo.or.jp
沖縄県介護保険 広域連合	所在地:沖縄県中頭郡読谷村字比謝町55番地 比謝町複合施設2階 連絡先:911-7502 受付時間:8:30～17:15(土・日・祝祭日除く)

11. 記録の保存年限

ご利用者(要介護:要支援)に関する記録、事故発生時の記録、並びに苦情処理に関する記録については、整備の上完結してから5年間保存致します。

12. 緊急時の対応方法 (契約書第12条参照)

サービス提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、ご家族、かかりつけ医、

救急隊、地域包括支援センター又は介護予防支援事業者等に連絡します。

13. 災害時の対応について

地震・台風等の天災、その他事業所の責に帰すべからざる事由により介護予防通所介護相当サービス

スの実施ができなくなった場合には、サービスの提供を中止することがあります。

1 4. 業務継続に向けた取り組みの強化

1・施設は感染症や自然災害が発生した場合であっても、利用者に対し必要なサービスが安定的・

継続的に提供できるよう努めるものとする。

2・業務継続に向けた経過（業務継続計画・BCP）を策定し、感染症や非常災害発生時には計画に従って必要な措置を講じるものとする。

3・業務継続計画を職員に周知するとともに、必要な研修や訓練を定期的実施するものとする。
4・定期的に業務継続計画の見直しを実施し、必要に応じて計画内容の変更を行うものとする。

1 5. 身体拘束について

（1）当事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を廃止しています。ただし当該利用者又は他の利用者等の生命または身体の保護、事故の危険がある等やむ得なく、身体拘束を行う場合があります。その場合は必要な理由を記載し、家族の同意を得て対応します。

（2）身体拘束禁止の為の職員に対する研修を実施します。

（3）事業所はサービス提供中に、職員又は養護者による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを居宅介護支援事業者等へ通報致します。

1 6. 認知症ケアについて

1・認知症である利用者への援助は次の通り取り組むものとある。

（1）個人を尊重し、受容・支持的な態度で優しく接する。

（2）残存機能を活かすよう努め、諸活動を通して可能な範囲内での作業訓練を実施する。

（3）急激な環境の変化を避け、規則正しい生活のリズムを保つように配慮する。

（4）自他共に危険を伴う行為に対しては、環境整備や改善、巡視体制の強化を行う。又、家族との連携を密にし、精神安定を図るようにする。

2・専門性と資質の確保・向上を目的とし、必要に応じて認知症介護基礎研修を実施する。

1 7. 高齢者虐待の防止について

1・当事業所は、利用者の人権の養護・虐待の防止等の為次の措置を講ずるものとする。

（1）虐待の防止の為の対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について

従業者に周知徹底を図るものとする。

(2) 虐待防止の為の指針を整備するものとする。

(3) 虐待を防止する為の従業者の人権意識の向上や知識・技術の為の研修を実施。

(4) 上記措置を適切に実施する為の担当者を置くものとする。

2・従業者が支援に当たって新任職員及び業務上のストレス・悩み相談のある職員には悩みを相談できる体制を整備する。

18. 利益供与の禁止について

事業所及び当該職員は、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者又はその従業者等に対して、利

用者のサービスを利用させる事の対象として、金品その他の財産上の利益を供与しません。

19. 個人情報の取扱いについて（秘密保持）（契約書第9条参照）

(1) 個人情報の収集は、その利用目的の範囲を説明し、同意を得た上で収集します。

(2) 個人情報の使用は、同意を得た利用目的の達成に必要な範囲内において適正に使用します。

(3) 同意または依頼のない限り、個人情報を第三者に提供することはいたしません。

同意・依頼の下で、個人情報の提供・預託を行う場合においても、提供・預託先が適正に管理するよう監督いたします。

令和 年 月 日

事業者は、利用者へのサービス提供開始にあたり、上記のとおり重要事項を説明しました。

事業者	所在地	那覇市首里石嶺町 4-390 番地
	事業者（法人）名	社会福祉法人 偕生会
	代表者職・氏 名	安里 政晃
	事業所 名	繁多川偕生園デイサービスセンター
	管 理 者	高良 勝
	説 明 者 職 員	_____

私は、本書面により、事業者から介護予防通所介護相当サービスについての重要事項の説明を受けサービス提供開始に同意し本書面を受領しました。

利 用 者	住 所	
	氏 名	_____ ㊟

代 理 人	住 所	
	氏 名	_____ ㊟
		本人との続柄 ()

ご家族代表	住 所	
	氏 名	_____ ㊟
		本人との続柄 ()