

# テラスホーム（デイサービス）

## 重要事項説明書

当事業所は介護保険の指定を受けています  
(沖縄県指定 第4770402966)

当事業所はご利用者に対して**指定通所介護サービス**を提供します。施設の概要や提供されるサービスの内容、利用上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

※当サービスの利用は、原則として要介護認定の結果「要介護」と認定された方が対象となります。

### \*\* 目次 \*\*

- 1 事業者
- 2 事業の目的
- 3 事業所の概要
- 4 定義
- 5 運営方針
- 6 職員の配置状況
- 7 営業日及び営業時間
- 8 当事業所が提供するサービス
- 9 サービスの利用料金
- 10 サービス提供の手順
- 11 緊急時の対応
- 12 非常災害対策
- 13 衛生管理、通所介護従業者等の健康管理等
- 14 苦情受付
- 15 事故発生時の対応及び損害賠償
- 16 第三者評価の実施状況に関する事項
- 17 高齢者虐待防止等のための措置
- 18 身体拘束の禁止
- 19 業務継続計画
- 20 その他留意事項

## 1. 事業者

- (1) 法人名 株式会社テラスホーム
- (2) 代表者名 代表取締役 上江洲 成雄
- (3) 法人所在地 沖縄県沖縄市与儀三丁目3番2号
- (4) 電話番号 098-989-0713
- (5) 設立年月日 令和4年1月11日

## 2. 事業所の目的

株式会社テラスホームが開設するテラスホーム（デイサービス）が行う指定通所介護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、事業所で指定通所介護の提供に当たる者が、要介護状態と認定された利用者に対し、適切な介護サービスを提供することを目的とする。

## 3. 事業所の概要

- (1) 事業所の名称 テラスホーム（デイサービス）
- (2) 管理者名 宮田 真枝
- (3) 指定事業所番号 **47704032966**
- (4) 事業所の所在地 沖縄県沖縄市古謝二丁目12番4号
- (5) 電話番号 098-923-3331
- (6) 開設年月日 令和6年1月1日
- (7) 事業所の種類 指定通所介護事業
- (8) 利用定員 54人
- (9) 実施地域 沖縄市、うるま市、北中城村、中城村、宜野湾市  
その他地域応相談

## 4. 定義

- (1) 株式会社テラスホームが開設するテラスホーム（デイサービス）（以下「事業所」という。）
- (2) 指定通所介護事業（以下「事業」という。）
- (3) 指定通所介護（以下「介護サービス」という。）
- (4) 指定通所介護の提供に当たる者（以下「職員」という。）
- (5) 要介護状態と認定された利用者（以下「利用者」という。）

## 5. 当事業所の運営方針

- (1) 事業の提供に当っては、要介護者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ自立した日常生活ができるよう、必要な日常生活の世話及び機能回復向上に努めます。
- (2) 利用者の機能回復向上を図り、家族の介護負担軽減に努めます。
- (3) 介護サービスは、常に利用者の心身の状況を的確に把握しつつ、相談援助等の生活指導、機能訓練、その他必要なサービスを利用者の希望に添って適切に提供する。特に認知症状の状態にある利用者に対しては、必要に応じ、その特性に対応したサービスの提供ができる体制を整えます。
- (4) 事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って介護サービスの提供に努めます。
- (5) 事業の実施にあたっては、家族等、居宅介護支援事業所、関係市町村、地域の保健・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ます。

## 6. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	職員数	職務内容
1. 管理者	1名	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者は、事業所の職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。</li> <li>・管理者は、利用申し込みに係る調整を行い、職員と共同で通所介護計画の作成等を行います。</li> <li>・管理者は、生活相談員とともに、ご利用者からの相談受付を行い、ご家族等、居宅介護支援事業所ならびに関係事業所との連携のもと、相談解決を行います。</li> </ul>
2. 生活相談員	2名以上	生活相談員は、ご利用者やその家族の処遇上の相談、レクリエーションの計画指導を行うと共に、居宅介護支援事業所、関係市町村との連携及びボランティアの指導に従事します。
3. 看護職員	2名以上	看護職員は、ご利用者の健康状況に注意するとともに、健康保持のために適切な措置を講じ、健康促進に係る相談等、必要な援助を行います。
4. 介護職員	8名以上	介護職員は、要介護者の心身の状態等に応じ、介護を適切に行います。
5. 機能訓練指導員	1名以上	機能訓練指導員は、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。

## 7. 営業日及び営業時間

### (2) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日（祝祭日含む）
営業時間	8時30分～17時30分
サービス提供時間	9時10分～16時30分
休日	日曜日、年末年始12月31日～1月2日

※台風接近時、災害時等は利用者の安全を優先して臨時休業とする場合があります。

## 8. 提供サービスの内容

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

### ① 食事とその介助（ただし、食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。）

- ・食事の準備、介助を行います。
- ・当事業所では、献立表により、栄養並びにご利用者の身体の状態および嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・ご利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事を取っていただくことを原則としています。
- ・お弁当をご持参いただくことも可能です。その場合には、あらかじめ事業所に申し出て下さい。

（食事時間） 12：00～13：00

### ② 入浴

- ・ご利用者の身体状況に応じて入浴の介助を行います。シャワーキャリー等の福祉用具を使用しての介助も行います。

### ③ 身体介護

- ・歩行・バランス不安定な利用者に対し、施設内外移乗、移動時、排泄時の見守り、その他必要に応じて介助します。

### ④ 健康管理

- ・朝の健康管理として、体温・血圧・脈拍を計測し、ご利用者平均値の変動がある方に対しては、利用中の臨検（体温・血圧・脈拍等の再測定及びご利用時間中の経過観察）、入浴中の皮膚観察を行い、必要に応じて看護処置を行います。

### ⑤ 機能訓練

- ・加齢、病気等で損なわれた体の機能の回復を目指して訓練を行います。日常生活動作訓練や疼痛緩和の為のマッサージを行います。また集団活動（柔軟、器具を使った体操等）を通して体を動かし楽しみながら運動を行います。

### ⑥ 相談援助サービス

生活相談員によって、ご利用者の現在の状況を聞き取り、把握し、ご利用者の生活での悩みや問題がある場合、ご本人、家族、介護支援専門員、関係者等と連携を図りながら、解決に向けて取り組みます。

### ⑦ 送迎サービス

ご利用者のお宅まで、安心・安全に送迎車にて送迎を行います。その際、車酔いされる方に関しては、最短時間での送迎が出来るよう調整します。

## ⑧ その他のサービス趣味活動

遊びやクラブ活動、社会交流を通して生きがいのあるライフスタイルを実現し、自分の経験や得意なことを遊びやゲームの中で活かし、社会参加を促していきます。また、そうしたことを通して、ご利用者も地域の人々とのつながりをつくり、生きがいを再発見し生活の質を高めます。

- ・ 日常的に行われるレクリエーション

利用時間中に行われる体を使ったゲームや、頭脳ゲームやクラブ活動（三味線、囲碁・将棋、園芸、手工芸等）

- ・ 年間を通して行われる催事

（園児交流会、季節行事、屋外散歩、敬老会、誕生会等）

## 9. サービスの利用料金

下記の利用料金によって、ご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額を除いた金額（自己負担額）をお支払い下さい。

☆ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

☆サービスについては利用者ごとの選択制となります。利用するサービスの種類や実施日、実施内容等については、居宅サービス計画に沿い、事業所と利用者で協議したうえで通所介護計画書を作成し、内容の説明及び同意を得てサービスの提供をします。

☆介護保険からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(1) 保険内のサービス

自己負担割合（1割/2割）については、ご自身の介護保険負担割合証をご確認ください。

【通所介護】

所要時間	要介護1				要介護2			
	利用料/日	自己負担/日			利用料/日	自己負担/日		
		1割負担	2割負担	3割負担		1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	3580円	358円	716円	1074円	4090円	409円	818円	1227円
4時間以上5時間未満	3760円	376円	752円	1128円	4300円	430円	860円	1290円
5時間以上6時間未満	5440円	544円	1088円	1632円	6430円	643円	1286円	1929円
6時間以上7時間未満	5640円	564円	1128円	1629円	6670円	667円	1334円	2001円
7時間以上8時間未満	<b>6290円</b>	<b>629円</b>	<b>1258円</b>	<b>1887円</b>	<b>7440円</b>	<b>744円</b>	<b>1488円</b>	<b>2232円</b>
8時間以上9時間未満	6470円	647円	1294円	1941円	7650円	765円	1530円	2295円

所要時間	要介護3				要介護4			
	利用料/日	自己負担/日			利用料/日	自己負担/日		
		1割負担	2割負担	3割負担		1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	4620円	462円	924円	1386円	5130円	513円	1026円	1539円
4時間以上5時間未満	4860円	486円	972円	1458円	5410円	541円	1082円	1623円
5時間以上6時間未満	7430円	743円	1486円	2229円	8400円	840円	1680円	2520円
6時間以上7時間未満	7700円	770円	1540円	2310円	8710円	871円	1742円	2613円
<b>7時間以上8時間未満</b>	<b>8610円</b>	<b>861円</b>	<b>1722円</b>	<b>2583円</b>	<b>9800円</b>	<b>980円</b>	<b>1960円</b>	<b>2940円</b>
8時間以上9時間未満	8850円	885円	1770円	2655円	10070円	1007円	2014円	3021円

所要時間	要介護5			
	利用料/日	自己負担/日		
		1割負担	2割負担	3割負担
3時間以上4時間未満	5680円	568円	1136円	1704円
4時間以上5時間未満	5970円	597円	1194円	1791円
5時間以上6時間未満	9400円	940円	1880円	2820円

6時間以上7時間未満	9740 円	974 円	1948 円	2922 円
<b>7時間以上8時間未満</b>	<b>10970 円</b>	<b>1097 円</b>	<b>2194 円</b>	<b>3291 円</b>
8時間以上9時間未満	11270 円	1127 円	2254 円	3381 円

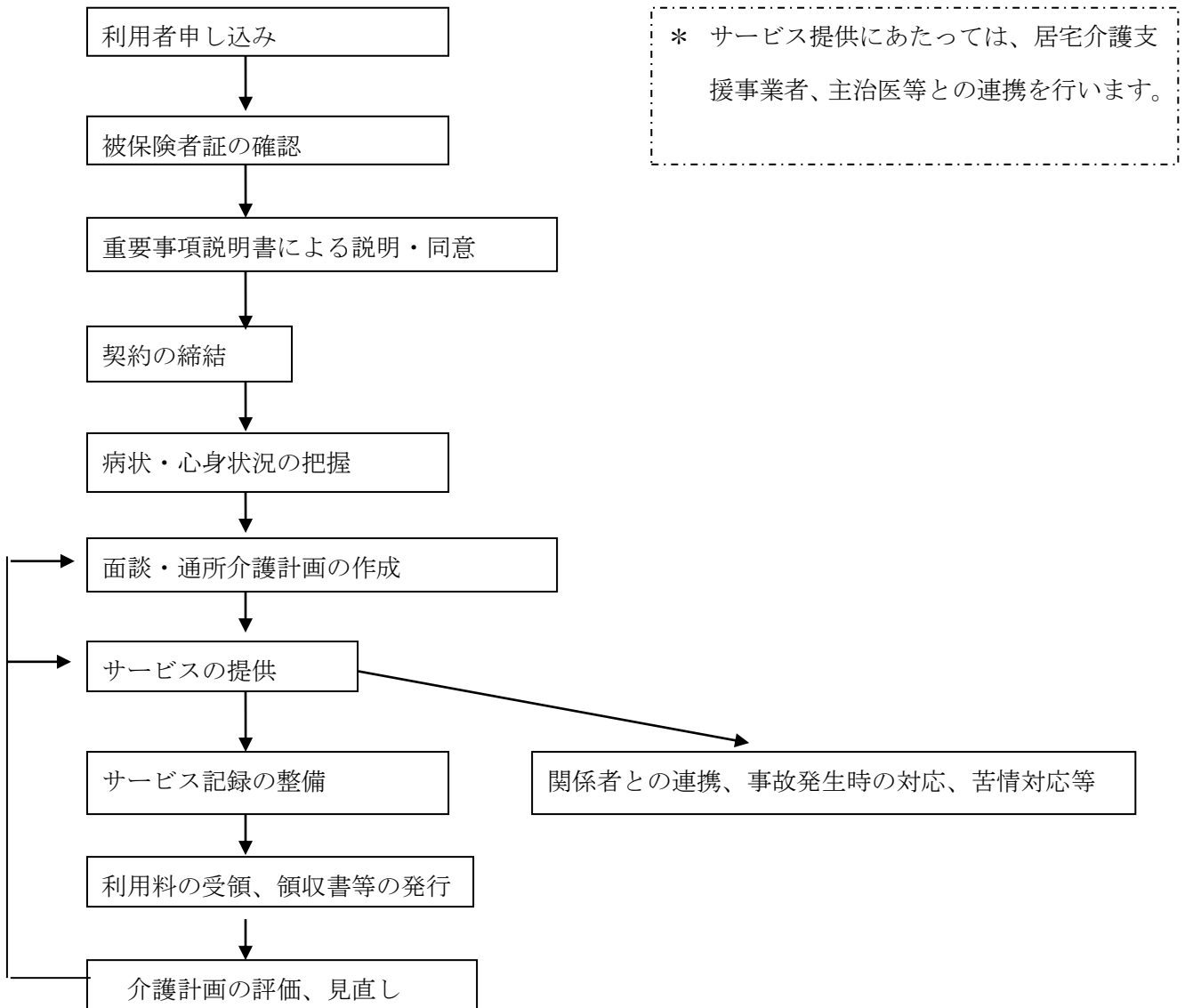
加 算	利用料	自己負担		
		1割負担	2割負担	3割負担
入浴介助加算	400円／日	40円/日	80円／日	120円／日
介護職員等処遇改善加算Ⅱ	保険内サービスの 9.0%			
中重度者ケア体制加算	450 円/日	45 円/日	90 円/日	135 円/日
サービス提供体制強化加算 (Ⅱ)	<b>180 円/日</b>	18 単位/回	36 単位/回	54 単位/回

## (2) 保険外のサービス

\*以下のサービスについては、利用料金の全額がご利用者自己負担となります。

項目	金額／数量
食事代金(おやつ代含む)	490円／1食
レクリエーション材料費・衛生費	1,300円／月
おむつ代(施設のものを使用した場合)	実費

## 10. サービス提供の手順



## 11. 緊急時の対応について

介護サービスの実施中に、利用者の病状に急変、緊急事態が生じたときは、速やかに主治医に連絡する等の措置を講ずるとともに、家族、救急隊、介護支援専門員等へ連絡をいたします。

## 12. 非常災害対策

各種災害に即対応できる十分な防災対策を講じ、防災管理者を定め、防災計画書の策定、保守点検、消火訓練・通報・避難訓練等を年2回開催実施します。

## 13. 衛生管理及び職員の健康管理等

(1) 事業所は、利用者の使用する施設・食器・その他設備・飲用水について衛生的な管



(記録内容)

ア 苦情の内容

イ 苦情申出人の希望等

ウ 苦情申出人と苦情解決責任者の話し合い内容

### (3) 行政機関、その他の苦情受付機関

沖縄市役所 介護保険課	所在地 沖縄市仲宗根26番1号 電話番号 098-939-1212 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
うるま市役所 介護長寿課	所在地 うるま市みどり町1-1-1 電話番号 098-973-3208 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
北中城村役場 福祉課	所在地 北中城村字喜舎場426-2 電話番号 098-935-2233 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
中城村役場 福祉課	所在地 中城村字当間176番地 電話番号 098-895-2131 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
宜野湾市役所 介護長寿課	所在地 宜野湾市野嵩1-1-1 電話番号 098-893-4411 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:15
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缸55番地 電話番号 098-911-7505 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 9:00～17:00
国民健康保険団体連合会 苦情処理相談窓口	所在地 那覇市西三丁目14番18号 (国保会館) 電話番号 098-860-9062 FAX 098-867-6758 受付曜日 月曜日～金曜日 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4-373-1 (沖縄県総合福祉センター内) 電話番号 098-887-2000 FAX 098-887-2024 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 9:00～17:00
沖縄県福祉サービス 運営適正化委員会	所在地 那覇市首里4-373-1 (沖縄県総合福祉センター内) 電話番号 098-882-5704 受付曜日 月曜日～金曜日 受付時間 9:00～17:00

## 15. 事故発生時の対応及び損害賠償

利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合は、家族等、居宅介護支援事業所及び市町村へ連絡を行うとともに、速やかに必要な措置を講じることとします。また、損害すべき事故に関しては、速やかに損害賠償を行うこととします。

## 16. 第三者評価の実施状況に関する事項

実施の有無	無
実施した直近の年月日	
実施した評価機関	
評価結果の開示状況	

## 17 高齢者虐待防止等のための措置

事業所は、虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に掲げる措置を講じるものとする。

- 一 事業所における虐待の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話等を活用してできるものとする。）を定期的で開催するとともに、その結果について、介護職員その他の従業者に周知徹底を図ること。
  - 二 事業所における虐待の防止のための指針を整備すること。
  - 三 事業所において、介護職員その他の従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施すること。
  - 四 前三号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置くこと。
- 2 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（利用者の家族等高齢者を現に養護する者）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、これを市町村に通報するものとする。

## 18. 身体拘束の禁止

事業所は、サービスの提供にあたっては、当該利用者、または他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他の利用者の行動を制限する行為を行ってはならないこととします。

## 19. 業務継続計画

事業継続計画（BCP）の策定等にあたって、感染症や災害が発生した場合でも、利用者が継続して指定居宅介護支援の提供を受けられるよう、業務継続計画を策定するとともに、その計画に従い必要な研修及び訓練を実施するものとする。

## 20. その他留意事項

ご利用中に利用者の守るべき事項は次のとおりと致します。

- (1) 洗面所、便所は常に清潔を保つようお互いに注意をするよう努めること。
- (2) 事業所内では、酒気を帯びてはならないこと。
- (3) 喫煙は、所定の場所以外ではしてはならないこと。
- (4) 許可なく無断外出してはならないこと。
- (5) 故意又は無断で施設の設備、備品等に損傷を与え又これを事業所外に持ち出してはならないこと。
- (6) 事業者の許可なく施設内で政治活動、物品販売等の行為をしないこと。
- (7) 介護サービス実施時間中、必要としない火器、凶器、その他の危険と思われる物品を所持しないこと。
- (8) 事業所内での宗教活動は、禁止いたします。
- (9) 風紀を乱さないこと。
- (10) 事業所においては、高声騒音を慎むこと。
- (11) 事業所内へのペットの持ち込みは、禁止いたします。

説明日 令和 年 月 日

以上、介護サービスの提供開始にあたり重要事項の説明をいたしました。これを証明するために本書を2通作成し、各自署名押印の上、1通ずつ所持するものとします。

テラスホーム（デイサービス）

説明者職員名 \_\_\_\_\_ 印

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、充分理解し重要事項説明書の交付を受けました。その上で、介護サービスの提供開始に同意します。

同意・交付日 令和 年 月 日

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族等氏名 \_\_\_\_\_ 印 (続柄 \_\_\_\_\_ )