

沖縄一条園通所介護事業所
介護予防・日常生活支援総合事業
第1号通所事業（通所型サービス）
重要事項説明書

社会福祉法人 麗峰会

介護予防・日常生活支援総合事業 第1号通所事業（通所型サービス） 重要事項説明書

1. 事業者

- | | |
|-------------|--|
| (1) 事業者の名称 | 社会福祉法人 麗峰会 |
| (2) 事業者の所在地 | 沖縄県那覇市辻2丁目27番1 |
| (3) 法人種別 | 社会福祉法人 |
| (4) 代表者名 | 理事長 中真 靖 |
| (5) 電話番号 | 098-866-7200 |
| (6) 設立年月日 | 昭和63年3月19日 |
| (7) 法人の理念 | 「愛・真心・誠意」で、
地域から信頼される介護サービスを提供します。
「和顔愛語（わけんあいご）」で、
思いやりのあるあたたかい介護サービスを提供します。 |

2. 事業所の概要

- | | |
|-----------------|---|
| (1) 事業所の名称 | 沖縄一条園通所介護事業所 |
| (2) サービスの種類 | 第1号通所事業
(通所型サービス) |
| (3) 事業所の所在地 | 沖縄県沖縄市与儀3丁目5番10号 |
| (4) 電話番号 | 098-933-9955 |
| (5) 指定年月日 | 平成30年4月1日 |
| (6) 利用定員 | 30名（指定通所介護事業所と共用定員） |
| (7) 管理者の氏名 | 磯 政 利 |
| (8) 営業日及び営業時間 | 営業日 月～金曜日（但し、12月31日、元旦、
1月2日及び1月3日及び天災、その他やむを得ず業務が出来ない日は休業。）
・営業時間 8：30～17：30
・サービス提供時間 9：40～15：30 |
| (9) 通常の事業の実施地域 | 通常の実施地域は沖縄市とする。 |
| (10) 第三者評価の実施状況 | 無 |

3. 事業の目的と運営の方針

- | | |
|-----------|--|
| (1) 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（通所型サービス）を提供することを目的とします。 |
|-----------|--|

(2) 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。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して第1号通所事業（通所型サービス）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。

主な職種の配置状況

職 種	配置人数
管 理 者	1 名
生活相談員	1 名以上
介 護 職 員	5 名以上
看 護 職 員	1 名以上
機能訓練指導員	1 名以上
管理栄養士	1 (兼)名
栄 養 士	1 (兼)名

5. 設備の概要

当事業所では以下の設備を用意しています。

設備の種類	面積
食堂及び機能訓練室	1 7 0 m ²
浴室	2 5 "
便所	2 5 "
静養室 (畳)	2 5 "
マッサージ室	2 5 "
静養室	2 5 "
厨房	3 0 "
相談室	2 8 "
事務室	1 5 "
その他 (ロッカー、廊下)	5 0 "
	≒ 4 1 8 "

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では利用者に対し、主に同条（1）基準介護サービスを提供します。

当サービスのうち、別紙1. 介護保険給付対象内サービスの利用料金については、通常、利用料金の9割が介護保険から給付され、1割が利用者負担となります。ただし、一定以上所得者で介護保険負担割合証に利用者負担割合が2割又は3割の記載がされている方の場合は、8割又は7割が介護保険から給付され、2割又は3割が利用者負担となります。

別紙2. 介護保険給付対象外サービスの利用料金については、通常は全額利用者負担となります。

なお、介護保険給付対象内サービスであっても、支給限度額を超えてサービスを利用する場合は、超えた額の全額が利用者負担となりますことをご了承下さい。

（1）基準介護サービス

<サービスの概要>

① 食 事

- ・ 当事業所では、栄養士の立てる献立表により、栄養並びに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。
- ・ 食事時間 12:00～13:00

② 入 浴

- ・ 居宅における入浴が困難な利用者に対して、必要な入浴サービスを提供します。

③ 排 泄

- ・ 排泄の介助を行います。

④ 運動器機能向上

- ・ 機能訓練指導員により、利用者の運動器の機能向上を目的として、日常生活を送るのに必要な機能の回復またはその減退を防止するため、個別的に訓練を実施します。

⑤ 口腔機能向上

- ・ 看護職員等により、口腔機能が低下している又はそのおそれのある利用者に対して、口腔機能の向上を目的として、口腔清掃の指導、実施又は、摂食・嚥下機能に関する訓練の指導、実施を個別的に行います。

⑥ 健康管理

- ・ 看護職員が健康管理を行います。また、協力病院として翔南病院及びのぞみ歯科クリニックと契約しております。

⑦ 送 迎

- ・ 障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする利用者については専用車両により送迎を行います。

(2) 介護保険給付対象サービスの利用料金

別紙1. 介護保険給付対象内サービスの利用料金及び別紙2. 介護保険給付対象外サービスの利用料金のとおりです。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(2)の利用料(利用者負担分の金額)は、1カ月ごとに計算し、ご請求しますので翌月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 事業所窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

沖縄銀行 北中城 支店 普通預金 1 1 3 5 2 3 0

琉球銀行 泡瀬 支店 普通預金 2 1 1 5 9 0

ウ. 金融機関口座からの自動引落とし

(4) 提供するサービス内容の中止、変更、追加

○利用予定日の前に、利用者の都合により、通所型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、サービスの実施日前日までに担当の地域包括支援センター又は当事業所の担当者に申し出てください。

○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利用者に提示して協議します。

7. 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下さい。

(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。

8. 緊急時の対応

サービス提供時に利用者の症状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに救急（119番）要請や主治医等の医療機関への連絡等、必要な措置を講じます。

9. 事故発生時の対応と損害賠償

(1) サービスの提供によって事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族、担当の地域包括支援センター、沖縄市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。

(2) サービスを提供するにあたって賠償すべき事故が発生した場合には、事業者は損害賠償を速やかに行います。（詳細は契約書）

10. 非常災害対策

当事業所では、非常災害その他緊急の事態に備え、必要な設備を備えるとともに、常に消防署等に関係機関と連絡を密にし、また、防災計画を策定しております。

11. 守秘義務

事業者及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族の秘密を保守します。また、退職後においてもこれらの秘密を漏らすことのないよう必要な措置を講じます。

12. 利用者の尊厳

利用者の人権、プライバシー保護のため、関係規定等を整備し、従業者にも周知をはかります。

13. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざる得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

14. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・ 苦情受付窓口（担当者）： 管理者、生活相談員
- ・ 受付時間： 月～金曜日 8：30～17：30
- ・ 電話番号： 098-933-9955（デイサービス）

また、苦情受付ボックスを沖縄一条園事務所に設置しています。

(2) 公的機関においても次の機関において苦情申出ができます。

- ・ 沖縄県福祉サービス運営適正化委員会 TEL：098-882-5704
- ・ 沖縄市介護保険課：TEL：098-939-1212（代表）
- ・ 沖縄県介護保険広域連合：TEL：098-911-7502
- ・ 沖縄県国民健康保険団体連合会：TEL：098-860-9026

（那覇市西3-14-18）

事業者は、利用者への通所型サービス提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明と交付を行いました。

令和 年 月 日

沖縄一条園通所介護事業所

説明者職名 _____ 氏名 _____ ⑩

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、通所型サービスの提供開始に同意し、本書面の交付も受けました。

利用者住所 _____

氏名 _____ ⑩

家族（代理人）住所 _____

氏名 _____ ⑩

（続柄） _____

別紙 1. 介護保険給付対象内サービスの利用料金

事業所名：沖縄一条園通所介護事業所（総合事業：通所型サービス）

適用日：令和 7 年 4 月 1 日より

【基本部分】

利用者の要介護度	サービス利用回数	基本単位
事業対象者 要支援 1	1 月の中で 4 回以下	4 3 6 単位（1 回につき）
	1 月の中で 5 回以上	1, 7 9 8 単位（1 月につき）
事業対象者 要支援 2	1 月の中で 8 回以下	4 4 7 単位（1 回につき）
	1 月の中で 9 回以上	3, 6 2 1 単位（1 月につき）

【加算】

以下の要件を満たす場合、上記の基本部分に以下の単位が加算されます。

加算の種類	加算の要件（概要）		加 算 額
科学的介護推進体制加算	L I F E への取り組みを実施		4 0 単位
サービス提供体制強化加算 I ※	別に厚生労働大臣が定める基準に適合している場合	事業対象者・要支援 1	8 8 単位
		事業対象者・要支援 2	1 7 6 単位
介護職員等処遇改善加算 I ※※	当加算の算定要件である介護職員等の賃金改善の取り組みやキャリアアップ要件、職場環境等要件の基準を満たした場合		上記【基本部分】+【加算※※は除く】で算定した総額の 1 0 0 0 分の 9 2 を乗じた額

(注 1) ※及び※※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。

(注 2) 送迎費、入浴費は【基本部分】サービスに含まれます。

ア. 1 割負担の場合（通常：介護保険負担割合証に記載）

1 人一か月の標準自己負担額は、おおむね

（上記表【基本部分】+【加算】の総単位数）× 1 0 円 × 0. 1（1 割）

の合計額となります。

イ. 2 割負担の場合（介護保険負担割合証に記載）

1 人一か月の標準自己負担額は、おおむね

（上記表【基本部分】+【加算】の総単位数）× 1 0 円 × 0. 2（2 割）

の合計額となります。

ウ. 3 割負担の場合（介護保険負担割合証に記載）

1 人一か月の標準自己負担額は、おおむね

（上記表【基本部分】+【加算】の総単位数）× 1 0 円 × 0. 3（3 割）

の合計額となります。

別紙 2. 介護保険給付対象外サービスの利用料金

事業所名：沖縄一条園通所介護事業所（総合事業：通所型サービス）
適用日：令和5年4月1日より

ア. 食事の提供に要する費用（食材料費及び調理費）

お昼1食あたり（おやつ代込み）：545円

おやつのみ：50円

イ. アクティビティサービス諸経費

利用料金：材料代等の実費をいただく場合があります。