

令和 6 年 6 月 1 日

ご利用者氏名	
--------	--

デ イ ケ ア 信 成 苑
(介護予防通所リハビリテーション)
重 要 事 項 説 明 書

デイケア信成苑はご契約者に対して指定介護予防通所リハビリテーションを提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

経営主体

社会福祉法人 いなほ会

1. 事業者

- (1) 法人名 : 社会福祉法人 いなほ会
- (2) 法人所在地 : 沖縄県中頭郡中城村字添石 363 番地
- (3) 電話番号 : 098-895-4407
- (4) 代表者氏名 : 理事長 新 垣 元
- (5) 設立年月日 : 昭和 61 年 2 月 6 日

2. 事業所の概要

- (1) 種 類 : 指定介護予防通所リハビリテーション
- (2) 目 的 : デイケア信成苑は、医学的管理の下での看護、介護や機能訓練その他必要な医療と日常生活上のお世話などのサービスを提供することで、ご利用者の能力に応じた日常生活を営むことができるようにし、ご利用者の方が居宅での生活を 1 日でも長く継続できるよう、在宅ケアを支援することを目的とした事業所です。
- (3) 名 称 : デイケア信成苑
- (4) 所 在 地 : 沖縄県中頭郡中城村字添石 3 6 3 番地
- (5) 電話番号 : 098-895-3186
098-895-5158 (FAX 番号)
- (6) 管理者 : 山 内 和 雄
- (7) 運営方針 : リハビリテーション・レクレーション等の活動により心身機能の維持回復を図りお元気で幸福な生活をおくれるように努めます。
- (8) 開設日 : 平成 3 年 2 月 1 日
- (9) 定 員 : 40 名

3. 事業の実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 中城村、北中城村、宜野湾市、沖縄市
- (2) 営業日及び営業時間

営 業 日	月～土（祝日は営業する。） 但し、原則として 12 月 31 日から 1 月 3 日までは除く。
営 業 時 間	午前 8 時 30 分～午後 5 時 30 分
サービス提供時間	午前 9 時 50 分～午後 4 時 20 分 但し、必要な場合には時間延長を行うものとする。

4. 職員の勤務体制

職 種	員 数		職務の内容
	常 勤	非常勤	
管 理 者	1 (1)		デイケア信成苑に携わる従業者の管理指導を行う。
医 師	1 (1)		ご利用者の病状及び心身の状況に応じて、日常的な医学的対応を行う。
看護職員	0		通所リハビリテーション計画に基づく看護を行う。
介護職員	7 以上	1 以上	通所リハビリテーション計画に基づく介護を行う。
リハビリ職員	1 以上		通所リハビリテーション計画に基づくリハビリに関する業務を行う。

* () は介護老人保健施設信成苑と兼任で再掲とする。

5. 提供するサービス内容

- ① 介護予防通所リハビリテーション計画の立案
- ② 食 事 昼食 12時
- ③ 入 浴
- ④ 医学的管理
- ⑤ 看 護
- ⑥ 介 護
- ⑦ 機能訓練（リハビリテーション、レクリエーション）
- ⑧ ご利用者が希望する特別な食事の提供
- ⑨ 基本時間外施設利用サービス（何らかの理由により、ご家族等のお迎えが居宅介護サービス計画で定められた介護予防通所リハビリテーション利用時間の終了に間に合わない場合に適用）
- ⑩ 介護認定申請代行
- ⑪ その他

* これらのサービスのなかには、利用者の方から基本料金とは別に利用料金をいただくものもありますので、具体的にご相談ください。

6. 利用料金

(1) 保険給付の自己負担額

介護サービス費

介護保険制度では、要介護認定による要介護度（要支援）の程度によって利用料が異なります。以下はご利用者の負担割合が1割の場合、1月当たりの利用料金です。（負担割合に応じて料金が2割負担、3割負担へと変動します。）

- * 要支援1 2,268 円／月
- * 要支援2 4,228 円／月

* サービス提供体制加算 I

- 要支援1 88 円／月
- 要支援2 176 円／月

* 科学的介護推進体制加算 40 円／月

* 退院時共同指導加算 600 円／1 回

* 上記に加えて、介護保険法に定める下記の加算が追加されます。

- ・ 介護職員等処遇改善加算 I 算定率 8.6%

* 利用を開始した日の属する月から起算して 12 月を超えた期間に介護予防通所リハビリテーションを行った場合所定単位数から減算

- 要支援1 120 単位減算／月
- 要支援2 240 単位減算／月

(2) 利用料

① 食 費 昼食 600 円/1 回

※なお、通所リハビリテーション利用時間帯によっては、食事の提供ができないことがあります。

- ② 日常生活費（別途資料をご覧ください） 50 円
- ③ おむつ代 実費
- ④ 送迎費／片道（実施地域以外の送迎時） 実費
- ⑤ 診断書等の文書の発行料 1,000 円
- ⑥ その他（利用者の選らぶ特別な食事の費用等） 実費

(3) 支払い方法

- ・ お支払いは、口座振替をお願いいたします。
（預金口座振替依頼書は受付窓口にあります。）
- ・ 利用明細書（請求書）は、サービス利用月の翌月 15 日までに郵送でお届け致します。
なお、15 日が土日祝祭日と重なる場合は、発送日を繰り下げ致します。

- ・口座引き落としは、毎月 27 日となっていますので、前日までには口座残高のご用意をお願いします。

7. 協力医療機関等

デイケア信成苑では、下記の医療機関や歯科診療所に協力をいただき、ご利用者の状態が急変した場合等には、速やかに対応をお願いするようにしています。

① 協力医療機関

医療機関名	ハートライフ病院
所 在 地	沖縄県中城村字伊集 2 0 8 番地
電話番号	098－895－3255
診 療 科	内科・消化器科・循環器科・呼吸器科・ 血液科・(腎・リュウマチ・膠原病)・糖尿病・内分泌・成人病・ 外科・大腸肛門科・血管外科・泌尿器科・整形外科・ リハビリ科・脳神経科・産科, 婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・ 皮膚科・小児科・放射線科

② 歯科医療機関

医療機関名	こうち歯科
所 在 地	沖縄県沖縄市住吉 1 丁目 2 番 2 6 号
電話番号	098－895－3454

<緊急時の連絡>

緊急の場合には、届け出た連絡先に連絡します。なお、連絡先が変更になった場合には、速やかに職員にお申し出下さい。

8. 施設利用に当たっての留意事項

- ・喫煙は指定された場所をお願いいたします。
- ・防火のため、火気の取扱いにご注意ください。
- ・施設の設備・備品は本来の用途にしたがってご利用ください。
- ・所持品には必ずお名前をご記入ください。
- ・貴重品の持ち込みはご遠慮ください。
- ・病院受診について
- ・デイケア信成苑よりご利用者の病院受診をご家族に依頼する場合は、宜しくお願いいたします。

9. 事故発生時の対応

デイケア信成苑は、ご利用者に対する介護保険施設サービスの提供により事故が発生した場合には速やかにご利用者の家族並びに、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じるものとします。

なお、デイケア信成苑は、ご利用者が可能な限り自立していただくことを前提としてケアを行っておりますが、日常生活において様々なリスクは常に存在します。リスクや事故対策には万全を期しておりますが、不可抗力な事故が発生する場合もあり得ますので、ご理解をお願いします。

10. 非常災害対策

消防法第8条に規定する防火管理者を設置して、年2回以上（内1回は夜間訓練）の避難訓練、救出訓練を行い、常に災害等の発生、予防に万全を期すよう努めます。

11. 禁止事項

デイケア信成苑では、多くの方に安心して療養生活を送っていただくために、ご利用者の「営利行為、宗教の勧誘、特定の政治活動」は禁止します。

12. 苦情の受付について

デイケア信成苑における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（☎895－2055）

- ・いなほ会 担当者 知名 均 （職名：いなほ居宅介護支援事業所 課長）
- ・デイケア信成苑 担当者 西平 真理子（職名：デイケア信成苑 係長）
- ・受付：月曜日 ～ 金曜日（土・日祝祭日は休み）
8：30 ～ 17：30
- ・その他：「ふれあい箱」

信成苑受付窓口に設置していますのでご利用下さい。

○ 行政機関その他苦情受付機関

中城村役場 介護保険担当課	所在地 沖縄県中城村字当間 1 7 6 番地 電話番号 895-2131 FAX 895-3048 受付時間 8 : 30 ~ 17 : 00
沖縄県介護保険広域連合	所在地 沖縄県読谷村字比謝 55 番地 電話番号 911-7502 FAX 911-7506 受付時間 8:30 ~ 17:00
国民健康保険団体連合会	所在地 沖縄県那覇市西 3 - 1 4 - 1 8 電話番号 863-2321 FAX 867-6758 受付時間 8 : 30 ~ 17 : 30
沖縄県社会福祉協議会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 電話番号 887-2000 FAX 887-2024 受付時間 8 : 30 ~ 17 : 30
沖縄県福祉サービス運営 適正化委員会	所在地 沖縄県那覇市首里石嶺町 4-373-1 電話番号 882-5704 FAX 882-5714 受付時間 8 : 30 ~ 17 : 30

<重要事項説明書付属文書>

1. 施設のご案内

(1) 交通のアクセス

- ・国道329号線の最寄りのバス停（屋宜）より中城城跡向け坂道上がる、徒歩15分
- ・国道329号線より中城城跡向け坂道を約600メートル上がる

(2) 建物、駐車場

<建物>

- ・本館建物（5,780.54 m²）
春華園、信成苑、デイケア、居宅支援事業所
- ・デイサービスセンターオアシス（872.26 m²）
- ・小規模多機能型居宅介護建物（598.47 m²、中城村字屋宜在）

<駐車場>

- ・第1駐車場（本館）・第2駐車場・第3駐車場
- ・第4駐車場

***お客様駐車場は、第1駐車場になっています。**

(3) 施設の周辺環境

中城村の高台にある世界文化遺産中城城跡の近くにあり、周囲を緑で囲まれた施設から東は勝連半島、南は知念半島に囲まれた中城湾を一望の下に見渡せます。晴れた日には、太平洋の海に浮かぶ津堅島、久高島のたたずまいが手に取るようにみえます。自然環境に恵まれた景勝の地で、快適な生活が送れます。

2. 実 施 事 業

いなほ会は、次の事業を実施しています。

<介護保険事業>

[居宅介護支援事業]	平成 11 年 9 月 17 日指定 4772600013 号
[通所介護]	平成 12 年 3 月 23 日指定 4772600013 号 定員 40 名
[介護予防通所介護相当サービス]	平成 18 年 3 月 31 日指定 4772600013 号
[通所リハビリ]	平成 12 年 3 月 10 日指定 4751280027 号 定員 40 名
[介護予防通所リハビリ]	平成 18 年 3 月 31 日指定 4751280027 号
[小規模多機能型居宅介護]	平成 19 年 6 月 1 日指定 4792600019 号 定員 25 名
[介護予防小規模多機能型居宅介護]	平成 19 年 6 月 1 日指定 4792600019 号
[介護老人福祉施設]	平成 12 年 3 月 22 日指定 4772600039 号 定員 70 名
[短期入所生活介護]	平成 12 年 3 月 30 日指定 4772600039 号 定員 4 名
[介護予防短期入所生活介護]	平成 12 年 3 月 30 日指定 4772600039 号
[介護老人保健施設]	平成 12 年 3 月 22 日指定 4751280027 号 定員 100 名
[短期入所療養介護]	平成 12 年 3 月 10 日指定 4751280027 号
[介護予防短期入所療養介護]	平成 12 年 3 月 10 日指定 4751280027 号

<公 益 事 業>

[マナ奨学金貸与事業]	平成 27 年 4 月 1 日 開始
-------------	--------------------

ご利用者の権利

ご利用者は以下の権利をいなほ会に対して主張することができます。

1. 独自の生活歴を有する個人として尊重され、プライバシーを保ち、尊厳を維持する権利
2. 生活や介護サービスにおいて、十分な情報が提供され、個人の自由や好み、および主体的な決定が尊重される権利
3. 安心感と自信をもてるよう配慮され、安全と衛生が保たれた環境で生活する権利
4. 自らの能力を最大限に発揮できるよう支援され、必要に応じて適切な介護を継続的に受ける権利
5. 必要に応じて適切な医療・リハビリを受ける権利
6. 家族や大切な人との通信や交流の自由が保たれ、個人情報を守られる権利
7. 暴力や虐待および身体的精神的拘束を受けない権利
8. 生活や介護サービスにおいて、いかなる差別も受けない権利
9. 生活や介護サービスについて職員に苦情を伝え、解決されない場合は、専門家または第三者機関の支援を受ける権利

契約者_____様又はその代理人_____様に対し

重要事項説明書により当該事業所の事業内容等について説明を行い、

重要事項説明書を交付しました。

令和 年 月 日

事業所名 : デイケア 信成苑

説明者職名 : _____

氏 名 : _____印

私は、本書面に基づいて、事業者から重要事項説明書の説明・交付を受け、
当該サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

契約者氏名 : _____印

契約者住所 : _____

契約者代理人 : _____印

代理人住所 : _____

契約者との続柄 (_____)