

# 重要事項説明書

(地域密着型通所介護、介護予防通所サービス)

## 1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 原田ヒカリ会
事業者の所在地	広島県尾道市原田町梶山田3609番地
代表者名	理事長 比本 学志
電話番号	(0848) 38-0345
ファクシミリ番号	(0848) 38-0661

## 2 事業所

事業所の名称	リハビリ型デイサービスセンターひかり苑
事業所の所在地	広島県尾道市美ノ郷町三成233番地5
管理者名	河上 聡
電話番号	(0848) 48-3333
ファクシミリ番号	(0848) 48-3335

## 3 基本理念・基本方針

### 「基本理念」

利用者個人の尊厳を基礎とし、自立支援に向けて良質なサービスを提供し、地域社会へ貢献するとともに信頼される法人を目指すことを基本理念とする。

### 「基本方針」

- ①個人の尊厳・プライバシーを十分尊重し、自立支援に努めます。
- ②良質なサービスを提供し、生活の質の向上に努めます。
- ③清潔の保持、安全・安心の確保に努めます。
- ④職員は、年次事業計画に基づきサービス向上のため自己研鑽に努めます。
- ⑤地域社会との連携を深め、協力関係等積極的な事業展開を図り、貢献に努めます。

## 4 運営方針

「地域密着型サービス」として地域密着型通所介護事業所の特性を生かしながら、利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営む事ができるよう生活機能の維持または向上を目指します。また、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の維持並びに利用者の家族の身体的及び精神的な介護負担の軽減を図れるように、必要な日常生活上の世話及び機能訓練を主体としたサービスの提供に努めます。

## 5 職員体制

従業者の職種	員数	区 分				事業者の指定基準	保有資格等
		常 勤		非常勤			
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管理者	1		1			1人	介護福祉士
生活相談員	4		2		2	1人以上	介護福祉士
介護職員	16	2	1	7	6	1人以上	介護福祉士
看護職員	5		1		4	1人以上	看護師1名、准看護師2名
機能訓練指導員	5		1		4	1人以上	理学療法士、看護職員が兼務

## 6 職員の勤務体制

従業者の職種	勤務体制	休暇
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務	4週8休
生活相談員	正規の勤務時間帯 (8:00~17:00) 常勤で勤務	4週8休
	正規の勤務時間帯 (8:15~17:15) 常勤で勤務	4週8休
	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務	4週8休
介護職員	正規の勤務時間帯 (8:00~17:00) 常勤で勤務	4週8休
	正規の勤務時間帯 (8:15~17:15) 常勤で勤務	4週8休
	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30) 常勤で勤務	4週8休
	非正規の勤務時間帯 (8:30~16:30)	4週8休
	非正規の勤務時間帯 (8:30~17:00)	4週8休
機能訓練指導員	勤務時間帯 (8:30~17:30)	4週8休

## 7 営業日及び営業時間

営業日	月・火・水・木・金・土曜日 (但し、ゴールデンウィークの5月3日から5月5日のうちの一日、盆の8月13日から8月15日のうちの1日、及び、12月30日から1月3日までを除く。)
営業時間	8:00~17:30
サービス提供時間	9:00~12:00 13:00~16:00

## 8 利用定員 15名 (介護予防通所介護利用者含む)

## 9 サービスの概要

### (1) 介護保険給付サービス、利用者負担金

種類	内容	利用料 (1回あたり)			
機能訓練	・機能訓練担当者により利用者の状況に適合した機能訓練を行いケアプランに添って、生活機能の維持・改善に努めます。	介護サービス費に含まれています。			
健康管理	・看護師により、健康チェック等必要な処置を実施します。	〃			
相談及び援助	・利用者およびそのご家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うよう努めます。	〃			
送迎	・送迎計画表を基に実施します。 ※尾道市居住の方を対象として送迎サービスの提供を行います。	〃			
介護サービス費	通所介護		1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
		・要介護1	416円(回)	832円(回)	1,248円(回)
		・要介護2	478円(回)	956円(回)	1,434円(回)
		・要介護3	540円(回)	1,080円(回)	1,620円(回)
		・要介護4	600円(回)	1,200円(回)	1,800円(回)
		・要介護5	663円(回)	1,326円(回)	1,989円(回)
		・個別機能訓練加算Ⅰ(口)	76円(回)	152円(回)	228円(回)
		・介護職員特定処遇改善加算Ⅱ			9.0%

		1割自己負担額	2割自己負担額	3割自己負担額
介護 予防	・要支援1・2 事業対象者 (週1回程度利用)	1,798円(月)	3,596円(月)	5,394円(月)
	・要支援2 事業対象者 (週2回程度利用)	3,621円(月)	7,242円(月)	10,863円(月)
	・介護職員特定処遇加算Ⅲ	8.0%		

## (2) 備 考

- ① 介護保険報酬改定により、給付額等に変更があった場合には、変更された給付額に合わせて利用料負担額を変更させていただきます。
- ② 利用者が、介護サービス費として市町村から支給を受ける額の限度において、利用者に代わって市町村から支払いを受けます。(法定代理受領)

## 10 苦情等申立先

当事業所窓口担当者 ご 利 用 時 間 ご 利 用 方 法	生活相談員 河上 聡 毎日 8時30分～17時30分 電話番号 (0848) 48-3333 FAX番号 (0848) 48-3335 面接、ご意見箱(玄関に設置)
-------------------------------------	--

公的機関においても、苦情申出等ができます。

尾道市役所 高齢者福祉課	電話番号	(0848) 38-9440 (介護保険係)
	電話番号	(0848) 38-9137 (高齢者福祉係)
	FAX番号	(0848) 37-7260
	対応時間	8時30分 ～ 17時15分
広島県 国民健康保険 団体連合会	電話番号	(082) 554-0783
	FAX番号	(082) 511-9126
	対応時間	9時30分 ～ 17時15分

## 11 事故発生時の対応

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. サービス提供中に事故が発生した場合は、保険者、利用者家族、利用者に係る居宅介護支援事業者に連絡するとともに、必要な措置を講じます。</li> <li>2. 事故の状況及び事故に際して採った処置を記録します。</li> <li>3. 当事業者が賠償すべき事態となった場合には、速やかに賠償します。</li> <li>4. 事故の原因を理解し、再発生を防ぐための対策を講じます。</li> </ol>
--

【説明確認欄】

年 月 日

上記により重要事項を説明しました。

事業所

所在地 広島県尾道市美ノ郷町三成233番地5

事業所名 リハビリ型デイサービスセンターひかり苑

説明者 河上 聡 印

上記のとおり説明を受けました。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

家族又は代理人

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印