

通所介護サービス 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。（熊本県指定第4372300584号）

1. 事業所の概要

名 称	(法 人) 社会福祉法人 水光会 (事業所) しらぬい荘デイサービスセンター	
代 表 者	(理事長) 由布眞知子 (管理者・センター長) 藤井 貴洋	
所 在 地	〒869-0523 熊本県宇城市松橋町竹崎1142番地1 TEL (0964) 32-0709 【法人代表】 FAX (0964) 32-3523 (0964) 32-0239 【事業所直通】	
設立・開設年月日	(法人) 昭和40年10月9日設立 (事業所) 昭和63年 3月 1日開設	
関連事業等	併 設	特別養護老人ホームしらぬい荘 (熊本県指定第4372300394号)
		しらぬい荘短期入所サービス (熊本県指定第4372300725号)
	関 連	しらぬい荘居宅介護支援センター (熊本県指定第4372300345号)
		大野橋デイサービスセンター (熊本県指定第4371300148号)
		サテライトしらぬい荘 (熊本県指定第4371300841号)
		ケアハウス下通り
事業の実施地域	宇城市・宇土市・熊本市(南区：城南町)・八代郡(氷川町)	

2. 営業日及び営業時間

営 業 日	毎週 月曜日～土曜日
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30分～午後3時45分
定 休 日	毎週 日曜日
特別休暇	1月 1日 ～ 1月 3日 (正月休み)

3. 事業の目的と運営の方針等

事業の目的	ご利用者が要介護状態になった場合においても、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ことができるよう、入浴、排泄、食事等の介護の必要な日常生活上の援助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並びに家族等の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。また、ご利用者が可能な限りその居宅において、自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の支援及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身機能の維持回復を図り、もってご利用者の生活機能の維持又は向上を目指すことを目的とします。
運営の方針	事業所は、明るく家庭的な雰囲気を持ち、ご利用者の意思及び人格を尊重し、身体拘束や抑制等を行うことなく、常にご利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。 また、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村等保険者、居宅介護支援事業者、介護予防支援事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
サービス計画の作成及び評価	計画作成担当者が、ご利用者の心身の状況や希望及び置かれている環境、ご利用者やご家族等の希望を踏まえて、通所介護サービス計画を作成します。すでに居宅サービス計画が作成されている場合には、その内容に添って作成します。原案の作成にあたっては、ご利用者またはご家族等へ、説明の上、同意を得て交付します。 また、サービス提供の目標の達成状況等を定期的に評価します。

4. 事業所の規模、構造

建物	構造	鉄筋コンクリート造
	延べ床面積	342.4㎡
利用定員		40名

5. 事業所の設備等

種類	室数	面積
食堂及び機能訓練室	1室	136.0㎡
静養室	1室	10.0㎡
浴室	1室	38.2㎡
脱衣室	1室	26.5㎡
相談室	1室	11.0㎡
事務室	1室	29.0㎡
その他		91.7㎡

6. 従業員の勤務体制等

(1) 従業員数

職 種	配置数	指定基準
管 理 者	1 名 (兼務含む)	1 名
生 活 相 談 員	1 名以上 (兼務含む)	1 名
看 護 職 員	1 名以上 (兼務含む)	1 名
介 護 職 員	6 名以上 (兼務含む)	6 名
機能訓練指導員	1 名以上 (兼務含む)	1 名

※ 兼務は、事業所内または、併設事業所との兼務をあらわします。

(2) 従業員の勤務体制

職 種	勤務体制	休暇：年間 104 日
管 理 者	・ 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30)	4 週 8 日
生活相談員	・ 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30)	4 週 8 日
介 護 職 員	・ 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30)	4 週 8 日
看 護 職 員	・ 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30)	4 週 8 日
機能訓練指導員	・ 日 勤 (8 : 30 ~ 17 : 30)	4 週 8 日

※ ご利用者へのサービス向上と職員の資質向上のため、事業所内外における定期的な研修の機会を確保するものとします。

7. サービスの概要

(1) 介護保険給付サービス

種 類	内 容
日常生活上の援助	① 食事の介助 ・ご利用者の状況に応じて適切な摂取等介助を行います。 ②排泄の介助 ・ご利用者の状況に応じて適切な排泄介助を行うとともに排泄の自立についても適切な援助を行います。 ③移動の介助 ・ご利用者の状況に応じて適切な移動介助を行いながら、転倒等事故の防止に努めます。 ④受診の介助等その他必要な身体の介助 ・ご利用者が緊急時受診する必要がある場合は、その付き添いについてできるだけ配慮します。 ・ご利用者の状況に応じて、着替え・整容等、適切な介助を行います。 ⑤養護（休養） ・ご利用者の状況に応じて、送迎、食事、入浴後等に、適切かつ必要な休養がとれるよう配慮を行います。
健康状態の確認	・看護職員により、血圧等健康チェックを行い、健康状態の把握に努めます。 ・緊急等必要な場合には主治医又は協力医療機関および担当の介護支援専門員等に責任をもって引継ぎます。（別項、緊急時の対応をご参照下さい。）
入 浴	・ご利用者の希望により、入浴サービスを行います。 ・入浴又は清拭を行います。 ・寝たきり等で座位のとれない方は、機械を用いての入浴も可能です。
機能訓練	ご利用者の希望により、次の機能訓練サービスを行います。 ・日常生活動作に関する訓練 機能訓練指導員等により、利用者の心身の状況に適合した機能訓練を行い、心身機能の低下を防止するよう努めます。 ・季節行事、レクリエーション、趣味活動等を行います。 （ご利用者の心身の活性化をはかり、事業所内での生活を実りあるものとするため、年間の行事計画を作成し、適宜行事レクリエーションを企画します。また、年間を通じて外出の機会を確保するよう努めます） ・活動内容（カラオケ、手工芸、レクリエーション他） ・その他の機能訓練（ストレッチ、手指体操、転倒予防トレーニング他） ・機能訓練の実施にあたっては、安全に実施するため、医師または家族、介護支援専門員の承諾を得るものとします。
送 迎	・障害の程度、地理的条件等により送迎を希望するご利用者については条件に合わせた車輛により送迎を行います。また、必要に応じて居宅内での介助や送迎車輛への昇降及び移動の介助を行います。
相談及び援助	・ご利用者およびご家族等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。

(2) 介護保険給付外サービス

サービスの種別	内 容
食 事	・ご利用者の希望により、昼食を準備します。 ・栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の心身状況に配慮し、バラエティに富んだ食事を提供します。 (食事時間) 昼食 12:00～

8. 利用料 (別項「利用料一覧」をご覧ください。)

(1) 介護保険給付サービス 介護保険負担割合証に記載してある負担割合

区 分	利 用 料
法定代理受領の場合	通所介護サービス費(1日あたり)と次の加算を加えた費用をご負担いただきます。(1割・2割・3割負担額/1日) ・個別機能訓練加算(Ⅰ) イ 56円・112円・168円/1日 (専従の機能訓練指導員を配置。個別の機能訓練計画の作成及び利用者の心身機能または生活機能向上を目的とする機能訓練の項目を準備し、機能訓練指導員等が心身の状況に応じて計画的に機能訓練サービスを提供した場合。) ・入浴介助加算(Ⅰ) 40円・80円・120円/1日 (適切な人員・設備基準にて入浴介助を実施した場合。) ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 22円・44円・66円/1日 (介護職員の総数の内、介護福祉士の占める割合が70%以上配置または、勤続10年以上の介護福祉士を25%以上配置した場合) ・科学的介護推進体制加算 40・80・120/月 (科学的介護情報システム【LIFE】へのデータ提出とフィードバック情報の活用により、介護サービスの質の評価と科学的介護の取り組みを行った場合) ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) (一月に算定した単位数の1000分の92に相当する単位数が加算されます。)
法定代理受領でない場合	通所介護サービス費と次の加算を加えた費用の全額を負担いただきます。 ・個別機能訓練加算(Ⅰ) 560円・1120円・1680円/1日 ・入浴介助加算(Ⅰ) 400円・800・1200円/1日 ・サービス提供体制強化加算(Ⅰ) 220円・440円・660円/1日 ・科学的介護推進体制加算 400円/月 ・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) 一月につき × 92/1000

(2) 介護保険給付外サービス

区 分	利 用 料
食 費	・食材料代及び調理に係る費用を食費としてご負担いただきます。 1食 650円
送迎サービス (実施地域外からの利用の場合)	事業の実施地域を越えたところから 10円/1km当たり
理美容サービス	・出張による理美容サービスを受けることができます。その際の理美容費をご負担いただきます。

(3) お支払い方法

当月のご利用料等の請求書を翌月初めに交付致しますので、翌月末日までに事務所へ口座振込にてお支払いください。または、口座振替にてお支払いいただくこともできます。	
振込口座	銀行名：肥後銀行松橋支店 口座番号：普通 0402339 預金名義：社会福祉法人水光会 理事長 由布真知子

9. 苦情等申立先

苦情処理体制	1. 苦情は、①苦情箱を利用して、②電話や窓口で直接に、③担当の介護支援専門員を通じて、④書面を利用して等いろいろな方法で申し出すことができます。 2. 苦情申し出先は、苦情受付担当者に限らず、法人の職員であれば誰でも可能です。また、第三者委員へも直接申し出すことができます。苦情受付担当者以外で受け付けた場合は、速やかに受付担当者に報告します。 3. 苦情受付担当者は、速やかに苦情解決責任者に報告します。 4. 苦情解決責任者は、苦情内容を確認の上、必要に応じて理事会・評議員会及び第三者委員に報告します。 5. 苦情解決責任者は、申出人と誠意を持って話し合い、解決に努めます。この際、申出人は第三者委員の立会を求めることが出来ます。 6. 解決できない苦情は、関係機関に申し出すことができます。 7. 関係機関は、受け付けた苦情に対し、速やかに調査し解決に努めます。 8. 事業所(苦情解決責任者)は、関係機関の調査に協力し、解決に努めます。 9. 無記名による申出があった場合は、第三者委員へ報告し、掲示板への掲示等必要な対応を行ないます。	
第三者評価	・ 提供するサービスの第三者評価は実施していません。	
申立先	当事業所	苦情受付担当者：生活相談員 池田真一郎 苦情解決責任者：センター長 藤井 貴洋 電話番号：0964-32-0709【法人代表】 0964-32-0239【事業所直通】 受付時間：月～土曜 8：30～17：30
	国民健康保険団体連合会 (苦情窓口)	所在地 熊本県熊本市東区健軍2-4-10 TEL/FAX 096-214-1101／096-214-1105
	熊本県社会福祉協議会 (熊本県福祉サービス適正化委員会)	所在地 熊本県熊本市中央区南千反畑3-7 TEL/FAX 096-324-5471／096-355-5440
	市町村 (介護保険係)	利用者の保険者である市町村窓口
	第三者委員	後迫 貴利子(県職員) TEL 080-1717-8480 中山 義弘(民生委員・児童委員) TEL 090-9571-3276

10. 協力医療機関

医療機関の名称	宇城総合病院
所在地	熊本県宇城市松橋町久具 691
電話番号	0964-32-3111
診療科	内科・外科・整形外科・消化器科・循環器科ほか
入院設備	あり

11. 緊急時の対応等

(1) 緊急時、事故発生時等の対応

1. 事故発生、状態急変時、発見者は速やかに看護職員及び生活相談員へ連絡します。
2. 連絡を受けた看護職員は、状況状態に応じて主治医又は協力病院へ連絡し、指示を仰ぎ、必要に応じて受診等行います。
3. 主治医または協力病院の医師は、必要に応じて関係医療機関へ連絡します。
4. 生活相談員及び看護職員は必要な情報について、速やかに家族等及び担当の介護支援専門員へ連絡するとともに、センター長へ報告します。
5. 報告を受けたセンター長は、法人本部へ報告するとともに、状況状態に応じて市町村や保険会社等関係機関へ連絡します。
6. センター長は、状況状態に応じて理事長・理事会へ報告します。
7. 事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。
8. 事業所は、この記録に基づいて委員会等により検討・検証を行い、事故等の再発防止に努めます。
9. 事業所は、利用者に対する事業所サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

(2) 非常災害の対応

非常時の対応	別途定める「特別養護老人ホームしらぬい荘消防計画」に添って対応を行います。
近隣との協力関係	近隣の地域消防団等と連携をとり、相互の防災協力関係を密接に行います。
非常時の訓練等・ 防災設備	別途定める「特別養護老人ホームしらぬい荘消防計画」に添って年2回以上昼間を想定した避難訓練に、利用者の方も参加して実施します。
	＜主な設備＞
	① 自動火災報知器 ② 非常通報装置 ③ 誘導灯 ④ ガス漏れ報知機

12. 当事業所ご利用の際に留意していただく事項

設備・備品等の利用	事業所内の設備、備品等は本来の用法にしたがってご利用下さい。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所以外ではお断りします。事業所内に喫煙場所を設けてあります。 ライター等火気の持込は防災上の都合によりご遠慮下さい。

【しらぬい荘デイサービスセンター利用料一覧】

1. 介護サービス (1回あたり) ※6時間 以上7時間 未満 (単位:円)

	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
介護保険負担割合証	1・2・3割	1・2・3割	1・2・3割	1・2・3割	1・2・3割
介護サービス費	584・1168・1752	689・1378・2067	796・1592・2388	901・1802・2703	1008・2016・3024
①サービス提供体制強化加算(Ⅰ)	22・44・66	22・44・66	22・44・66	22・44・66	22・44・66
②入浴介助加算(Ⅰ)	40・80・120	40・80・120	40・80・120	40・80・120	40・80・120
③個別機能訓練加算(Ⅰ)イ	56・112・168	56・112・168	56・112・168	56・112・168	56・112・168
④介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	1月につき+所定単位 × 92/1000				
⑤科学的介護推進体制加算	40/月				
合 計(④～⑤除く)	702・1404・2106	807・1614・2421	914・1828・2742	1019・2038・3057	1126・2252・3378
備 考	1. ②～③までの費用は希望者のみの負担となります。 2. 送迎については、介護サービス費に含まれています。 3. 食費(1食 650円)は、介護保険給付対象外の費用となります				

2. その他(介護保険の対象とならない費用)

区分支給限度基準額を超えるサービス	やむを得ない理由により、区分支給限度基準額を超えての利用(保険外の利用)も可能です。その場合、全額の自己負担(10割)となります。
交 通 費	通常の実施地域を超える地域の利用も可能です。その場合、実施地域を超えたところから、片道kmあたり、10円の費用が割増されます。

令和 年 月 日

<利 用 者>

私は、以上の重要事項について、下記の説明者より説明を受け、内容を理解し同意しました。実際のサービスを利用するにあたっては、居宅介護支援事業所及び事業所内で開催するサービス担当者会議や、求めに応じて熊本県及び市町村等関係機関に個人情報を提供することに同意します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ ㊞

<代 理 人>

私は、利用者と同様に説明を受け内容を理解しました。本人の意思を確認の上、代理人として署名します。

住 所 〒 _____

氏 名 _____ ㊞

続 柄 _____

<説 明 者>

私は、サービスの提供開始に際し、以上の重要事項について、パンフレット等関係書類とともに、利用者及び代理人に説明を行いました。

(職 名) _____ (氏 名) _____