

重要事項説明書

(共生型生活介護)

デイサービスセンターひまわり園

この重要事項説明書は社会福祉法人中江報徳園が提供する指定生活介護について利用契約の締結を希望される方に対して、障害者総合支援法に基づく指定生活介護サービス事業所の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 中江報徳園
所 在 地	鹿児島市犬迫町5407番地2
電 話 番 号	099-238-2140
代表者氏名	理事長 長友 医継
設 立 年 月	昭和 43年 3月 1日

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護 令和2年1月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	デイサービスセンターひまわり園 (4610105860)
事業所の所在地	鹿児島市犬迫町5407番地2
連絡先	099-238-5741
管理者	池田 喜代子
通常の事業の実地地域	鹿児島市一円、日置市伊集院町
主たる対象者	知的障害者、身体障害者、精神障害者、難病等対象者 (18歳未満の者を除く)
定員	75名(指定介護事業利用者との合計)
開設年月日	令和2年1月1日

3. サービスの目的・運営方針

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等を行うことにより、利用者の心身機能の維持回復を図り、もって利用者の生活機能の維持又は向上を目指すものします。また、利用者の社会的孤独感の解消等や家族の身体的及び精神的負担の軽減を図るよう努めます。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物	構造	鉄筋コンクリート造陸屋根2階建 (耐火建築物)(耐震構造)
	延床面積	771.36㎡
	うち1階	459.93㎡
	うち2階	311.43㎡

(2) 主な設備

階		面積など
1階	食堂・談話室	232.31㎡
1階	浴室	37.42㎡ シャワー浴・特殊浴
1階	身障者用トイレ	5.06㎡
1階	トイレ	20.00㎡
1階	パントリー	18.00㎡
1階	休憩コーナー	57.00㎡
2階	訓練コーナー	31.61㎡
2階	相談室	3.60㎡
2階	スタッフルーム	30.27㎡

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員 数	備 考
管理者	1名	兼務
生活相談員	1名以上	日々の利用者数により、配置数を決めています。
機能訓練指導員	1名以上	日々の利用者数により、配置数を決めています。
看護職員	1名以上	日々の利用者数により、配置数を決めています。
介護職員	11名以上	日々の利用者数により、配置数を決めています。
管理栄養士	1名	兼務
調理員	1名以上	食事提供委託業者

厚生労働省の定める指定基準を遵守し、上記の職員を配置しています。

(1) 営業日及び営業時間

営業日及び営業時間	営業日：.日曜日から土曜日 (年末年始 12月30日から1月3日を除く) 営業時間：8時00分から17時00分
サービス提供時間	9時30分から15時30分

6. 利用者の記録及び情報の管理等

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めがあった場合は、当法人の個人情報保護開示規程に従いその内容を開示します。また記録及び情報については、サービスを提供した日から5年間保存します。
- (2) 利用者の個人情報については個人情報保護法に沿った対応を行います。但しサービスを行う上で他の事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は、利用者の同意に基づいて情報提供をします。
- (3) 従業者は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持し、従業者であった者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、これらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

7. サービス提供の内容

(1) 介護給付費対象サービス提供の種類及び内容

種類	内容
指定生活介護計画の作成	個別支援計画に沿って、相談者・家族の希望をお伺いし生活介護計画を立案します。
食事の提供	利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。適切な栄養量及び内容の提供を行うため、必要な栄養管理を行います。
入浴又は清拭	希望により見守りや直接介助により、入浴を提供します。
身体等の介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって、移動時の介助や更衣、排泄介助を行います。
身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。また身体機能維持のために個別機能訓練計画書を作成し、機能訓練を行います。
生活相談	利用者及びその家族の要望や、利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
健康管理	日常生活上必要な体調確認や投薬、その他必要な管理・記録を看護職員又は支援職員が健康管理を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
送迎サービス	送迎車により自宅と事業所間の送迎を行います。

(2) 介護給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービス内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間： ※低所得者の軽減措置が適用される方については、食材料費のみの負担	1食520円 ※食材料費 360円
日常生活上必要となる経費	創作的活動を行う上でかかる費用で負担していただくことが適当であるものに係る費用及び利用者の日常生活品の購入や日常生活に要する費用で負担していただくことが適当であるものに関わる費用をいただきます。	実費
その他	おむつ代	実費

(3) サービスの概要

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。個別支援計画書は障害者支援センター等が作成し、利用者の同意をいただきます。なお、個別支援計画書の写しは利用者に交付いたします。また、必要に応じて随時個別支援計画の見直しを行います。

8. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービスの料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）をお支払いいただきます。

なお、利用者負担額の軽減措置等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費対象外サービスの料金

上記7. サービス提供の内容（2）介護給付費対象外サービス内容の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取消料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の3日前までの17時までに申し出の無い場合は、キャンセル料金をいただく場合がございます。

キャンセル料（食材料費実費相当額）1日あたり 360円

(4) 利用料金のお支払方法

上記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、利用月の翌月10日頃にご請求しますので、請求書受領月の月末までに以下の方法でお支払ください。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
- ② 指定金融機関への振込
- ③ 金融機関口座からの口座振替

9. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、市町村及び利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際してとった処置について、記録をするものとします。

また、万が一の事故に備え、損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

10. 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため、個別支援計画の作成と適切な支援の実施、職員の研修の実施、苦情体制の整備、従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

また、事業所は、サービス提供中に当該事業所従業員又は養護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します。

事業所は、成年後見制度の利用を支援します。

責任者の職・氏名 管理者 池田 喜代子

11. 苦情等申立先に関する相談窓口及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 苦情等申立先

<p>当事業所相談窓口 *担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し付けください。</p>	<p>相談窓口：デイサービスセンター 窓口担当者：デイサービスセンター所長 利用時間：8：00～17：00 (年末年始12月31日から1月3日を除く) 電話番号：099-238-5741</p>
<p>鹿児島市保健福祉局福祉部 障害福祉課</p>	<p>利用時間：8：30～17：15 電話番号：099-216-1272 (ゆうあい係) FAX 番号：099-216-1274 (土日、祝日、年末・年始を除く)</p>
<p>鹿児島県保健福祉部障害福祉課</p>	<p>利用時間：8：30～17：15 電話番号：099-286-2744 (土日、祝日、年末・年始を除く)</p>
<p>鹿児島県社会福祉協議会 鹿児島シルバー110番</p>	<p>利用時間：9：00～16：00 電話番号：099-250-0110 (土日、祝日、年末・年始を除く)</p>
<p>鹿児島県福祉サービス適正委員会</p>	<p>利用時間：9：00～16：00 電話番号：099-286-2200 (土日、祝日、年末・年始を除く)</p>

12. 協力医療機関

医療機関名	医療法人玉水会 玉水会病院
住所	鹿児島市下伊敷1-1-5
電話番号	099-223-3330 (代表電話)
診療科	内科、循環器科、消化器科、リハビリテーション科、心療内科
入院設備	あり (70床)

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	消防計画書、防災管理要綱 (火災・地震・風水害等) により対応します。
防火管理責任者	黒岩 伯周
避難訓練	年2回実施
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・火災報知器 (熱、煙探知機) ・消火器 ・自動通報装置

14. 当事業所ご利用の際にご留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備・器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いいたします。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

15. 緊急時の対応

サービス提供により利用者の病状に急変その他緊急事態及び事故が発生した時は、速やかに協力医療機関、家族、主治医、市町村に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

かかりつけ医療機関	医療機関名： _____ 主治医 _____ 電話番号： — —
緊急連絡先 (連絡の取れる電話)	氏名： _____ (続柄：) 電話番号 — —

指定生活介護事業の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名： デイサービスセンターひまわり園

説明者職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護の提供及び利用について重要事項の説明を受け、これに同意し、本書面の交付を受けました。

年 月 日

利用者 住所 _____

氏名 _____

身元保証人 住所 _____

氏名 _____

続柄 _____ 電話番号 _____