夢のみずうみ村山口デイサービスセンター（生活介護）重要事項説明書

この重要事項説明書は、当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サービス利用希望者に対して説明するものです。

1. 事業者名称概要

名 称	社会福祉法人 夢のみずうみ村
法 人 所 在 地	山口市中尾木乃787番地1
電 話 番 号	083-902-3235
代 表 者 氏 名	理事長 宮本 志郎
設 立 年 月	平成23年8月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	生活介護
事業所の名称	夢のみずうみ村山口デイサービスセンター
事業所の所在地	山口市中尾木乃787番地1
連 絡 先	電話：083-902-3235 FAX：083-995-2825
管理者氏名	小林 京子
サービス管理責任者	小林 京子
定 員	20名
指 定 年 月 日	平成23年8月1日
事 業 所 番 号	3510101011
第三者評価	未実施

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	利用者が充実した日常生活または社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事の介護、創作的活動の機会を提供し、地域における日々の生活の充実と社会的自立を支援します。
運営方針	関係法令等を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめ細やかな生活介護サービスの提供。

4. 通常の実業の実施地域：山口市、美祢市、萩市

5. 営業時間とサービス提供時間

営業日	月曜日から金曜日 土曜日の不定期営業あり【年末年始を除く】
営業時間	午前8時30分から午後5時30分
提供時間	午前9時15分から午後4時30分

6. 職員の体制

職種	業務内容
管理者	常勤1名(兼務)
サービス管理責任者	常勤兼務 1名
生活支援員	常勤専従 3名 非常勤専従 2名 常勤兼務 2人
看護職員	非常勤兼務 1名
嘱託医	非常勤 1名

*上記の職員数は、利用人数及び事業を進める上で変動する場合があります。

7. サービスの内容

(1) 指定生活介護の内容

指定生活介護の内容	<ul style="list-style-type: none"> ① 個別支援計画書の作成 ② 食事・入浴・排せつ等の介助 ③ 日常生活上の支援 ④ 軽作業等の生産活動 ⑤ 創作活動 ⑥ ②～⑤を通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上を目的として必要な介護を実施するものとする。
-----------	--

(2) 介護給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。	680円 *低所得者の軽減措置 適応の場合は380円
食事キャンセル料	当日欠席になった場合に頂きます。	380円
創作活動・及び生産活動等	創作活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。	実費 (内容はその都度説明を致します)
入浴料	入浴ご利用時に、頂きます。	1回につき150円

<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。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

8. 利用料金について

通所給付費	介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち9割が指定生活介護サービスの給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣が定める基準により算定した額）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）を事業者にお支払いいただきます。なお、利用者負担額の軽減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下さい。
給付対象外の料金	サービス提供に要する下記の費用は、給付費の対象ではありませんので、実費を頂きます。 上記「7.（2）」の項目をご参照下さい。
支払方法	利用料金は、1ヵ月ごとに計算して請求しますので、毎月月末までに以下のいずれかの方法でお支払いください。 ① 当事業所の窓口で現金支払い ② 金融機関からの自動引き落とし
受給者証の確認	受給者証の記載内容に変更があった場合や、期限が切れた場合は出来るだけ速やかに当事業所にお知らせ下さい。

9. 緊急時の対応

対処方法	利用中において、緊急の事態が発生した場合は、協力医又は必要に応じて受診医療機関の主治医に連絡、または、救急搬送するなど必要な措置を講ずるほかご家族へ連絡を行います。
利用者の かかりつけ 医療機関	医療機関名 () 主治医 () 所在地 () 電話番号 ()
緊急連絡先①	氏名 () 続柄 () 電話番号 ()
緊急連絡先②	氏名 () 続柄 () 電話番号 ()

* 常時ご連絡できるところをご記入下さい。

10. 事業所の協力医療機関

医療機関名	青山消化器内科	診療科	内科 消化器科
所在地	山口市吉敷佐畑2丁目3-1		
代表者	青山 榮	電話番号	083-923-1577

11. 非常災害時の対策

対応方法	サービスの提供中に天災その他災害が発生した場合、従業者は利用者の避難など、適切な措置を行います。また、管理者は、非常災害に関する具体的計画を立て、従業者に周知徹底を図るとともに、避難経路、協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮を取ります。
平時の訓練	非常災害に備えるため、避難、救出その他必要な訓練を定期的（年1回以上）に行います。

12. 利用者の記録や情報の管理、開示

情報の管理、開示	事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、通所給付決定保護者の求めに応じてその内容を開示します。開示に際しては必要な複写料などの諸費用は利用者の負担となります。
----------	---

13. 秘密の保持

秘密の保持	職員は、業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持します。 また、事業者は、職員であった者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。
-------	--

14. 苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

①苦情等申立先

当事業所受付窓口	窓口担当者	サービス管理責任者 小林 京子
	苦情解決責任者	サービス管理責任者 小林 京子
	受付日	月曜日から金曜日（ただし、国民の祝日、年末年始を除く）
	受付時間	午前9時30分から午後5時30分
	電話番号	083-902-3235
	FAX番号	083-995-2825
第三者委員	第三者委員を設置し、相談・助言が受けられる体制をとっています。 第三者委員 伊勢嶋 英子 受付時間 午前9時から午後5時 電話番号 090-9419-5542	
山口県福祉サービス運営適正化委員会	所在地	山口市大手町9-6
	電話番号	083-924-2837
山口市役所	所在地	山口市亀山町2-1
高齢・障がい福祉課	電話番号	083-934-2794
美祢市役所	所在地	美祢市大嶺町東分 326-1
地域福祉課	電話番号	0837-52-5228
萩市役所	所在地	萩市大字江向 510 番地
福祉支援課	電話番号	0838-25-3523

②虐待防止に関する窓口

虐待防止責任者	サービス管理責任者 小林 京子
山口市障がい者虐待防止センター (障がい福祉課内)	所在地 山口市亀山町 2-1 電話番号 083-934-2988
美祢市障害者虐待防止センター (総合相談支援センターみね内)	所在地 美祢市大嶺町東分 326- 電話番号 0837-56-1839
萩市高齢・障がい支援課	所在地 萩市大字江向 510 電話番号 0838-25-3523

15. 特記事項

特記事項	<p>夢のみずうみ村には、リハビリテーションの効果を高めるため、以下のような障壁（バリアー）があります。</p> <p><u>階段、段差、多動な方の往来などによる転倒の危険、</u> <u>火、機械、道具を使う危険、長い廊下、狭い通路</u> など</p> <p>ご家庭は外出時において遭遇される可能性のある、これらの危険性を克服するための方法を体験・学習して頂くことをねらって、意図的に、障壁（バリアー）のある環境設置をしています。また、服薬・糖分・食事量等が自己管理できるようになれる事を意図して、自主性を尊重し、見守る指導を行っております。</p> <p>万が一、事故が発生した場合は、県、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取った処置について記録するものとします。</p> <p>また、万が一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、事業所の責任に帰すべき事由により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。</p>
事業所加入保険	<p>保険名： 三井住友海上火災保険株式会社</p> <p>保険種目：福祉事業者総合賠償責任保険</p>

令和 年 月 日

指定生活介護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。

指定生活介護事業者 社会福祉法人 夢のみずうみ村 夢のみずうみ村山口デイサービスセンター	重要事項説明者 (小林 京子) 印
--	------------------------

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、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住所 _____

氏名 _____

印 _____

電話 _____

利用者の家族など

住所 _____

氏名 _____

印 _____

電話 _____

続柄 _____

利用開始予定日 令和 年 月 日

事業主 住所 山口市中尾木乃787番地1
社会福祉法人 夢のみずうみ村

理事長 宮本 志郎