

デイサービスセンター美浦

指定共生型生活介護 重要事項説明書

この重要事項説明書は株式会社中部サンケアネットが提供する指定生活介護事業について利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び第77条並びに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」（平成17年法律第123号。以下「法」という。）、「沖縄県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年沖縄県条例第29号）及び「沖縄県障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成25年沖縄県条例第31号）に基づく指定障害福祉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	株式会社 中部サンケアネット
所 在 地	沖縄県沖縄市古謝三丁目12番21号
電 話 番 号	098-929-3900
代表者氏名	代表取締役社長 津嘉山 洋平
設 立 年 月	平成19年6月14日

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所 令和5年5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美浦 (4710802028)
事業所の所在地	沖縄県沖縄市古謝三丁目12番21号
連 絡 先	電話番号 098-979-5070 ファックス 098-929-3900
管 理 者	中村 正志
通常の事業の実施地域	沖縄市、うるま市、北中城村
主たる対象者	特定なし
定 員	34名（介護保険サービス含む）
開設年月日	令和5年5月1日

3. サービスの目的・運営方針

目的	障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、事業所通所により入浴、給食、介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等を行い、心のリフレッシュを図る共に本人の強みを引き出すための支援を行います。
運営方針	住み慣れた地域での生活を継続することができるよう支援を行うとともに、関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ決めの細かな生活介護サービスの提供。

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 平屋建 (耐火建築物) (耐震構造)
	敷地面積	1 1 0 9.2 3 m ²
	延べ床面積	1 8 0. 3 8 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	面積等
ホール	1 室	1 0 7.9 5 m ² (応接セット等) 有
静養室	1 室	1 2.0 3 m ²
相談室	1 室	1 5. 34 m ²
洗面設備	4 機	2.6 4 m ²
便 所	4 室 (5 機)	1 7.2 7 m ²
脱衣室	1 室	5.0 5 m ²
浴室	1 室	1 2.0 2 m ²

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	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者			1				
看護師			1		2		
生活支援員		2	6	1	4		
生活支援員補佐							
機能訓練指導員			1		1		

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
看護師	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）
機能訓練指導員	非正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
看護師	非正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
生活支援員	非正規の勤務時間帯（8：30～16：30）
生活支援員補佐	非正規の勤務時間帯（13：00～17：00）

(イ) 営業日及び営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間

営業日及び営業時間	営業日：月曜日～土曜日（12月31日から1月3日までを除く） 営業時間：午前8時30分～午後5時30分
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：月曜日～土曜日（12月31日から1月3日までを除く） サービス提供時間：午前9時00分～午後4時15分 ただし延長支援サービスを利用する場合最長午後9時15分まで利用可能とする。

6. サービス提供の内容

(1) 介護給付費対象サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活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。
訓 練	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。 （日常生活訓練・社会適応訓練等）
介 護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。

事業所外支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。 ①手工芸、塗り絵、貼り絵、体操、レクリエーション
送迎サービス	希望により車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。

(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。 食事時間 昼食 11:45 ※低所得者の軽減措置が適用される方は食材料費分のみの負担	1食700円 ※食材料費 (410円)
創作的活動・及び生産活動等	創作的活動及び生産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いただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	自費サービス 資料あり
入浴サービス	希望により入浴サービスを提供します。 (機械浴・一般浴による入浴サービスです)	400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。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。

7. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

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ください。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. 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) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、17日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 当事業所窓口での現金支払い

② 下記指定口座への振込み

琉球銀行 コザ十字路支店 普通預金 848199

③ 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：琉球銀行

8. 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、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前9：00～午後5：00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町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（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに身元保証人や医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

10. 事故発生時の対応

事業者は、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な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。

また、万一の事故に備え、下記の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。

(1) 損害保険会社名 あいおいニッセイ同和損保

11. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 中村 洋子 ・解決責任者 中村 正志 ・ご利用時間 9:00～ 17:00 (12月31日～1月3日までを除く) ・電話番号 098-979-5070 F A X 098-929-3930 ・担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
沖縄市役所 障害福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県沖縄市仲宗根町26番1号 ・受付日：月曜日～金曜日（土日・祝日・年末年始を除く） ・受付時間：午前8時30分～午後5時15分 ・電話番号：098-939-1212
うるま市役所 障害福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県うるま市みどり町一丁目1番1号 ・受付日：月曜日～金曜日（土日・祝日・年末年始を除く） ・受付時間：午前8時30分～午後5時15分 ・電話番号：098-973-5452

北中城村 福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県北中城村字喜舎場426-2 ・受付日：月曜日～金曜日（土日・祝日・年末年始を除く） ・受付時間：午前8時30分～午後5時15分 ・電話番号：098-935-3488
沖縄県 福祉サービス 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県那覇市首里石嶺町四丁目373-1 ・受付日：月曜日～金曜日（土日・祝日・年末年始を除く） ・受付時間：午前9時00分～午後5時00分 ・電話番号：098-882-5704

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 鶴岡 さおり ・ご利用時間 9:00～ 18:00 ・電話番号 098-983-4880 F A X 098-989-7465
------------------	---

12. 協力医療機関

医療機関の名称	中部徳洲会病院		
医 院 長 名	大城 吉則		
所 在 地	沖縄県中頭郡北中城村比嘉801番地		
電 話 番 号	098-932-1110		
診 療 科	全診療科目	入 院 設 備	有り or 無し

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 無 ・室内防火栓 無 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 無 ・スプリンクラー 無 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水〇日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
消防計画	消防署への届出日：平成23年3月 防火管理者：高江洲 昌太
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損保

14. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

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	所定の場所に限り。
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. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者（役職） 鶴岡 さおり（氏名）
-------------	--------------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) 虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討などを行います。

16. 身体拘束等の適正化について

身体拘束等の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

(1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置します。

(2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

(3) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

令和 年 月 日

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：指定共生型生活介護事業所 デイサービスセンター美浦

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、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

身元保証人 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
続 柄 (利用者との関係) _____
電 話 _____

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____
続 柄 (利用者との関係) _____