

生活介護事業所茶畑ヒルズ 重要事項説明書

当事業所が提供するサービスの内容に関し、あなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業所の概要

設置主体・経営主体	社会福祉法人 華翔会
所在地	静岡県三島市南二日町5番41号
電話番号	055-983-1200
代表者職・氏名	理事長 木本紀代子
設立年月日	2005年2月22日

事業所の名称	生活介護事業所 茶畑ヒルズ
事業所の所在地	静岡県裾野市茶畑1428番地の1
電話番号	055-995-0011
事業所番号	2211400060
開設年月	2007年4月1日

2 事業の実施区域

通常の事業の実施地域は、裾野市、御殿場市（大坂・神山・駒門）、長泉町、沼津市（大岡・岡宮・岡一色）、三島市東海道新幹線以北までとする。
（その他の地域の方はご相談に応じます。）

3 営業時間

営業日	月曜日から土曜日（但し、12月30日～1月3日は除く）
受付時間	8時30分から17時30分まで
サービス提供時間帯	10時00分から16時00分まで

4 職員の概要

<主な職員の配置状況>※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

1 医師 1名

利用者の医療上の管理を行います。

2 管理者 1名

管理者は、職員の管理及び業務の管理を一元的に行います。

3 看護職員 1名以上

看護医療面でのケアサポートを行う。

4 作業療法士 1名

生活機能訓練を行う。

5 生活支援員 1名以上

適切な介護技術をもって日常生活上の介護支援サービスを行う。

6 管理栄養士 1名

栄養面での管理を行う。

5 介護給付費対象サービス内容の料金

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基準により算出した額）のうち 9 割が介護給付費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、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いいただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または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。

6 事業所の運営方針について

利用者の自立の促進、生活の質の向上等を図ることが出来るよう、当該利用者又は介護を行う者の身体、その他の状況及びその置かれている環境に応じて入浴、食事の提供、創作的活動、機能訓練、介護方法の指導、社会適応訓練、更生相談及びレクリエーション等を適切に行います。

7 サービスの提供の内容

事業所のサービス提供の内容は次のとおりとする。

(1) 個別支援計画の作成

(2) 基本事業

① 機能訓練

日常生活動作、歩行、家事訓練等

② 社会適応訓練

会話、パソコン、生活マナー

③ 更生相談

医療、福祉、生活の相談

④ 介護方法の指導

家族等に対する介護技術指導等

- ⑤ 在宅の身体障害者の福祉の増進を図るために必要なスポーツ、レクリエーション等の事業
- ⑥ 健康指導
健康チェック、健康相談
- (3) 創作的活動
手芸、工作、絵画、書道、園芸等の技術援助及び作業
- (4) 入浴サービス
一般浴、介護浴
- (5) 給食サービス
食事の提供
- (6) 介護サービス
更衣、排泄等の身体介助

8 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、介護給付費が支給されます。介護給付費は、本事業所が代理受領いたしますので、利用者から受給者証に記載内容に基づき利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額（利用者負担額）をお支払いいただきます。

9 サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

食材料費	700 円	(一日につき)
日用品費	100 円	(一日につき)
創作活動費 実費		(必要時別途徴収)

その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、支給決定障害者に負担させることが適当と認められるものにつきましては実費をいただきます。

10 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

サービスの利用料金・費用は、1 か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月までにお支払い下さい。

11 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービス実施日の前日 17 時までに事業者申し出て下さい。

- ② 利用予定日の二営業日以内に利用の中止の申し出をされた場合は、利用者負担額相当額を申し受けます。但し利用予定日の二営業日前までに申し出があった場合は無料です。
- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、利用者が希望する時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

1 2 サービスの利用に関する留意事項

利用者は、事業所の利用の際に、次のことを留意するものとする。

- (1) 事業所、設備等を破損、損傷し、または滅失したときは、直ちに職員に届け出ること
- (2) 許可を受けないで、物品等展示、販売、はり紙等の行為をしないこと
- (3) 許可を受けないで火気などを使用しないこと
- (4) 所定の場所以外へ立ち入らないこと
- (5) 他人の迷惑となる行為をしないこと
- (6) 機能訓練器具等を許可なく使用しないこと
- (7) 事業所内禁煙のため厳守すること
- (8) 飲酒は原則として禁止とする
- (9) その他管理上必要な指示に従うこと

1 3 サービス内容の変更

サービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容の変更をします。

その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

1 4 受給者証の確認

「住所」及び「居宅利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合は速やかにサービス提供責任者にお知らせください。また、サービス提供責任者や生活支援員が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

1 5 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にごその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、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、利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

1 6 感染症対策

当事業所では、施設内で感染症が発生、または蔓延しないように、適切な感染症対策その他必要な措置を講じるものとします。

1 7 虐待防止

当事業所では、入所者への虐待防止のため身体拘束を原則として禁止するとともに、サービス提供においてあなたの人権を尊重し適切なケアを行えるよう十分な配慮をします。

1 8 ハラスメント防止

当事業所では、職員の人権保護及び適切なサービスを提供する観点から、職員に対する性的な言動またはその対応について不利益を生じ就業環境が害される行為や、社会通念に照らし著しく不相当と思われる要求や業務上必要性がないと思われる要求等を禁止しています。

1 9 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談(お客様相談係)

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係<苦情受付窓口> サービス管理責任者

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:30

苦情解決責任者 施設長 勝又 亜矢

20 第三者委員

当事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

名 前	連絡先
荒木 よしゑ	055-993-1115
一藤木 秀光	090-3951-8180

21 行政機関その他苦情受付機関

裾野市役所 障がい福祉課	所在地 静岡県裾野市佐野 1059 電話番号 055-995-1820 FAX 055-992-3681
三島市役所 障がい福祉課	所在地 静岡県三島市北田町 4-47 電話番号 055-983-2612
沼津市役所 障害福祉課	所在地 静岡県沼津市御幸町 16-1 電話番号 055-934-4829
長泉町役場 福祉保険課	所在地 静岡県駿東郡長泉町中土狩 828 電話番号 055-989-5512
御殿場市役所 社会福祉課	所在地 静岡県御殿場市萩原 483 電話番号 0550-82-4136
静岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会事務局)	所在地 静岡県静岡市駿府町 1-70 県総合社会福祉会館内 電話番号 054-653-0840 FAX 054-251-7508

年 月 日

生活介護事業のサービス提供の開始に際し、契約書及び本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者 氏 名 印

私は、契約書及び本書面により事業者から生活介護事業の重要事項の説明を受けサービス提供開始について同意致しました。

利用者 住 所
氏 名 印

代理人 住 所
氏 名 印