日中一時支援事業重要事項説明書

１　事業者の概要

事業者（法人）名	医療法人　貴和
代表者氏名	理事長　　露木　弘光
所在地	〒400-0032　山梨県甲府市中央四丁目９番２号
連絡先	TEL：055-252-7271　　FAX：055-254-5533
併設サービス	障害児通所支援事業（児童発達支援、放課後等デイサービス）

２　事業所の概要

（１）事業所名称及び事業所番号

事業所名	多機能型重症児デイサービス　笑む
代表者氏名	理事長　　露木　弘光
所在地	〒400-0032　山梨県甲府市中央四丁目１番９号
連絡先	TEL：055-233-2525　　FAX：055-244-7255
指定事業所番号	1950103992
サービスを提供できる地域※	甲府市、中央市、甲斐市、北杜市、市川三郷町、昭和町 甲州市、山梨市、西桂町

※上記地域以外にお住まいの方でもご希望の方はご相談ください。

（２）当事業所の職員体制

管理者	１名	常勤１名（児童発達支援管理責任者兼務） 従業者及び業務の一元的管理及び指揮命令を行います。
保育士又は児童指導員	１名以上	常勤１名以上 通所支援計画書に基づき、利用者及び利用者家族に対し適切な指導等を行います。
看護職員	１名以上	常勤１名以上 利用者の日常生活上の健康管理を行います。

（３）サービスの提供時間帯

平日	午前９時～午後６時
休業日	日曜日、年末年始（12/29～1/3）

３　当事業所の特徴等

医療依存度の高いお子様ご家族の大きな負担を減らし、住み慣れた地域の中で少しでも暮らしやすくなるように支援を行っている。精神的・肉体的に多大な負担を強いられているご家族の休息、そして医療的ケアが必要なお子様でも子供らし医多くの経験を通し、成長過程を見守っていきたいと考えている。

（安全）基本的にマンツーマンでの支援、経験豊富な看護師がケア

（笑顔）保育士が常駐し、お子様の成長と向き合いながら笑顔を引き出すお手伝い

（安心）医療機関との連携、嘱託医や訪問看護の協力、不測の事態に備え、吸引器やモニター等準備

４　サービスの内容

障がい者等の家族の就労支援及び日常介護している家族の一時的な負担軽減を図ることを目的に、障がい者等の日中における活動の場を提供します。

５　利用料金

（１）利用者負担

上記サービスの利用に対しては、事業にかかる費用の９割が給付の対象となり、市町村から事業者へ代理受領によって支払われます。利用者は、利用負担として各市町村が定める料金に基づき、事業にかかる費用の１割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。

（２）サービス利用にかかる実費負担額

日用品費、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、利用者に負担させることが適当と認められるものの費用は利用者のご負担となります。

（３）その他

お支払い方法は、口座自動引落しでお願いいたします。

６　サービスの利用方法

（１）サービスの利用開始

①日中一時支援の支給決定を受けた方で、当事業所のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業所のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②サービス利用が決定した場合は契約を締結し、日中一時支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は地域生活支援事業利用承認決定通知書記載の支給期間と同じです。

③日中一時支援の提供にあたっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

（２）サービスの終了

①利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する日の３０日前までにお申し出ください。

②当事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当

事業所が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払を３ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、故意にお支払いただけない場合、または利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、直ちにサービスを終了させていただく場合がございます。

④当事業所の都合でサービスを終了する場合人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了３０日前までに文書で通知します。

（３）契約の自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的に契約を終了いたします。

①利用者が施設に入所した場合

②日中一時支援の支給期間が満了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

③利用者が亡くなられた場合

7　サービス内容に関する苦情

（１）当事業所の利用者相談・苦情窓口

担当者　　石川　一輝

電　話　　055-233-2525　ＦＡＸ　055-244-7255

受付日　　月曜日～金曜日

受付時間　午前９時～午後４時

（２）行政機関その他苦情受付期間

山梨県社会福祉協議会運営適正化委員会

所在地：山梨県甲府市北新 1-2-12

電　話：055-220-3030

ＦＡＸ：055-254-8614

８　緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族等へ連絡をいたします。

主治医	病院名 及び 所在地			
	氏名		電話番号	
ご家族	氏名(続柄)	（　　）		
	住所			
	電話番号			

９　緊急時及び事故発生時等の対応

サービスの提供中に緊急事態・事故が発生した場合は、利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご家族、利用者がお住まいの市町村に連絡を行います。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

なお、当事業所のサービスにより、利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

１０　秘密の保持について

（１）　当該事業所の従事者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（２）　当該事業所の従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

（３）　事業所では、利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内で利用者又はご家族の個人情報を用います。

日中一時支援の提供開始にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

令和　　年　　月　　日

事業所　　多機能型重症児デイサービス　笑む
所在地　　山梨県甲府市中央四丁目１番９号
代表者　　理事長　　露木　弘光

説明者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 印

私は、本書面により、事業所から日中一時支援についての重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

保護者　　住所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印