

重 要 事 項 説 明 書

【放課後等デイサービス事業】

1. 事業者の概要

名 称	さくら
法人種別	社会福祉法人 緑樹会
法人所在地	山口県下関市王喜本町6丁目1番12号
電話番号	083-283-2834
代表者氏名	理事長 末谷千秋
設立年月日	平成8年8月30日
その他のサービス	ケアハウス王喜の郷 王喜の郷デイサービスセンター 王喜の郷ホームヘルプステーションいるか 王喜の郷配食サービス 王喜の郷居宅介護支援センター 認知症対応型共同生活介護グループホーム王喜の郷 小規模多機能型共同介護 王喜の郷ミントの家 有料老人ホームシニアハウス王喜の郷 児童発達支援 さくら

2. 事業所の概要

事業所の名称	さくら
事業所の所在地	山口県下関市王喜本町5丁目4番14号
事業所の電話・FAX 番号	電話：083-250-5533 FAX：083-250-5532
児童発達支援管理責任者	塩谷一雅
事業所番号	3553100250
事業種類	放課後等デイサービス事業
主たる対象者	障害児
事業所開設年月日	平成27年10月1日
利用者定員	児童発達支援と合わせて10名
営業日・営業時間	月曜日から土曜日までの毎日とする。ただし年末年始を除く 9時～17時
サービス提供時間	月曜日から金曜日まで午後15時30分から午後5時まで 土曜日・祝日及び学校の休日については午前9時から午後5時まで
事業の実施地	下関市（離島を除く）、山陽小野田市、美祢市
外部評価の有無	なし

3. 事業所の職員体制

職種	員数	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
管理者	1以上		1		
児童発達支援管理責任者	1以上		1		
保育士	1以上	1		1	
児童指導員	2以上			5	
指導員	1以上			2	

4. 職員の勤務体制

A勤	常勤	8時間／日 5日／週
B勤	非常勤	シフト制 週20時間以上 5日以内／週
C勤	非常勤	シフト制 週20時間をこえない

5.事業所の設備等の概要

名 称	床面積
事務室 兼 倉庫	7. 27㎡
遊戯室	27. 08㎡
食堂	27. 08㎡
スヌーズレン1	5. 42㎡
スヌーズレン2	5. 42㎡
トイレ前廊下	2. 71㎡
台所	9. 03㎡
玄関	7. 03㎡
総床面積	91. 04㎡

6.サービスの内容

社会生活を送ることへの支援に力を入れます。

- 一 個別療育
- 療育目標を設定した個別プログラムに沿った個別指導を行う。
- 二 集団療育
- 療育目標を設定した個別プログラムに沿った集団療育を行う。
- 三 関係機関との連携
- 保健、医療、教育を含めた支援システムを構築するため、関係機関と連携を図る。
- 四 健康状態の確認
- 五 送迎サービス
- 障害の程度、地理的条件等により送迎を必要とする障害児については、必要な送迎サービスを行う。
- 六 相談、助言に関すること
- 障害児及びその介護を行う者の日常生活における介護等に関する相談及び助言を行う。

7.利用料金(サービス利用料金)

別紙、利用料金表のとおりとします。

＜その他の料金＞ おやつ代 100円（個人に係る経費）
（午前・午後 ご利用の場合はそれぞれ100円ずつ）

8. 協力医療機関

協力医療機関の名称	牛尾内科医院
所 在 地	下関市長府亀の甲 1-2-1
電話番号	083-245-2151
診 療 科 目	内科、外科

9.緊急時の対応方法

利用児の容態に急変があった場合は、さくら災害緊急対策マニュアルに沿って、速やかに保護者に連絡して必要な措置を講じます。また、協力医療機関(牛尾医院)に連絡をとるなど、必要な処置を行い可能な限り速やかな対応をします。なお、当事業所は以下の損害賠償保険に加入しております。

引受保険会社	東京海上日動火災保険株式会社
保険名	超ビジネス保険

10.非常時の対応

非常時の対応	消防災害対策マニュアルに準じて対応します
防火管理責任者	塩谷一雅
避難訓練	年2回

11.この契約に関する苦情及び虐待相談窓口

1.当事業所ご利用相談窓口・苦情窓口

担当者	管理者 塩谷一雅
受付時間	8：30～18：00
電話番号	083-250-5533 又は 083-283-2834
苦情解決責任者	理事長 末谷千秋
第三者委員	氏名 松本靖廣 連絡先 080-8080-0857

2.虐待防止に関する相談窓口

虐待防止責任者	管理者 塩谷一雅
受付時間	9：00～18：00
電話番号	083-250-5533

3.行政機関その他苦情受付期間

下関市役所 福祉部障害者支援課	住 所：山口県下関市南部町1-1 電 話：083-231-1920 受付時間：8：30～17：30
下関市 障害者虐待防止センター	住 所：山口県下関市貴船町3-4-1 電 話：083-231-1959 受付時間：8：30～17：15
山陽小野田市 障害者虐待防止センター	住 所：山口県山陽小野田市日の出1丁目1-1 電 話：0836-82-1170
山口県福祉サービス 運営適正化委員会	住 所：山口県山口市大手町9-6 電 話：083-924-2837 受付時間：8：30～17：30

(契約をする場合には以下の確認をすること)

令和 年 月 日

さくら(放課後等デイサービス事業)利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者
(所在地)

(事業所名)

(説明者名) 氏名 印

私は契約書及び本書面により、これから利用するさくらの重要な事項について事業者から説明を受けました。

利用者
(氏名)

代理人（身元引受人、後見人、親権者等）
（住所）

(氏名) _____ 印