

## 障害者福祉サービス（生活介護）重要事項説明書

この重要事項説明書は社会福祉法人滑川市社会福祉協議会が提供する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。）、に基づく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	社会福祉法人 滑川市社会福祉協議会
所 在 地	富山県滑川市寺家町104
電 話 番 号	076-475-7000
代表者氏名	会長 西元正史

### 2. 利用施設

事業所の種類	生活介護事業所
事業所の名称 (事業所番号)	デイサービスあったかホーム (1610600114)
事業所の所在地	富山県滑川市中川原134
連 絡 先	電話番号 076-471-5608 F A X 076-471-5605
管 理 者	小森真弓
定 員	18名（介護保険利用者も含む）

### 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自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。
運営方針	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。

## 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。	1食700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
その他	複写物	1枚10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。

## 6.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「5. 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) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日午後4時までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日午後4時までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料	利用料金の10割
--------	----------

### (4) 前記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。

毎月月末締めとし、翌月20日までに前月分の料金を請求いたしますの

で、料金は利用者との契約に基づき、毎月27日に指定口座より振替させていただきます。

#### 7. 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	全館禁煙です。
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。

#### 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。
- (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、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。

## 11. 虐待の防止について

事業者は、障害児及び通所給付決定保護者の人権の擁護・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	事務局長 齋木秀則
-------------	-----------

(2)苦情解決体制を整備しています。

(3)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。

## 12. 当事業所連絡先窓口

(相談・苦情・キャンセル連絡等)

電話番号 076-471-5608  
担当部署 デイサービス あったかホーム  
担当者 管理者 小森真弓  
受付時間 8時30分～17時15分

(虐待防止)

電話番号 076-475-7000  
担当部署 事務局 総務係  
担当者 事務局長 齋木秀則 (虐待防止責任者)  
受付時間 8時30分～17時15分

(円滑かつ迅速に苦情処理を行うための処理体制・手順)

- ①苦情処理台帳に記載する。
- ②苦情についての事実確認を行う。
- ③苦情処理方法を記載し、管理者決裁。
- ④処遇処理について関係者との連絡をとる。
- ⑤苦情処理の改善について利用者に確認を行う。
- ⑥苦情処理は1日以内に行われることを原則とする。
- ⑦苦情処理についての成果等を台帳に記載する。

※ご不明な点はお尋ねください。ご相談に関しては市でも受け付けております。

滑川市福祉課・社会福祉係 電話 475-1377

富山県国民健康保険団体連合会 電話 431-9833

富山県福祉サービス運営適正化委員会 電話 432-3280

### 1.3. 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・治療を保証するものではありません。

医療機関名称	荒川内科クリニック
医院長名	荒川志朗
所在地	滑川市下小泉町1-1
電話番号	076-475-0001

### 1.4. 業務継続計画（BCP）の策定

当事業所は、感染症や災害が発生した場合には、事業継続が出来るよう対策を講じています。

#### (1) 非常災害対策

- ・当事業所に災害対策に関する担当者を置き、非常災害対策に関する取り組みを行います。
- ・防災対応：消防計画に基づき速やかに消火活動に努めるとともに、避難・誘導にあたります。
- ・防火設備：防火管理者を選任し、消火設備、非常放送設備等、必要設備を設けます。
- ・防災訓練：消防法に基づき、消防計画等の防災計画を立て、従業員及び利用者・地域住民の参加が得られるよう連携し消火通報、避難誘導を年間計画で実施します。
  
- ・当事業所は、大地震等の自然災害、感染症のまん延等、あらゆる不測の事態が発生しても事業を継続できるよう計画（BCP）を策定し、研修の実施、検討委員会の設置、訓練を定期的に行います。

15. 感染症対策について

事業者は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、下記の対策を講じます。

- ①事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催し、その結果 について職員に周知徹底を行います。
- ②事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③事業所において、職員に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的実施しています。

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

年 月 日

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：デイサービスあったかホーム

説明者氏名：

私は、本書面に基づいて事業者から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。

年 月 日

利用者 住 所

氏 名

電 話

身元保証人 住 所

氏 名

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

続 柄（利用者との関係）