

## 「指定生活介護事業 重要事項説明書」

生活介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所が説明すべき内容は次の通りです。

### 1 サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人虹の会
所 在 地	福井県福井市文京五丁目27番32号
電 話 番 号	TEL (0776) 27-2621 FAX (0776) 27-6439
代表者氏名	理事長 稲木 昭一
設 立 年 月	昭和60年4月1日

### 2 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所 平成29年4月1日指定（指定有効期間：指定日から6年間）
事業所の名称 (事業所番号)	あくてい (1810101293)
事業所の所在地	福井県福井市花堂中一丁目18番24号
連 絡 先	TEL (0776) 33-1177
管 理 者	大西 佳世
サービス管理責任者	大西 佳世
サービスの実施地域	福井市
主たる対象者	知的障害者
定 員	20名
開設年月日	平成23年4月1日

### 3 サービスの目的・運営方針

目的	常時介護を要するものにつき、主として昼間において、排せつ及び食事等の介護、生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力向上のための支援を目的とし必要なサービスの提供を行う。
運営方針	<p>1 利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、常時介護を要する利用者に対して、排せつ及び食事の介護、生産活動及び創作的活動等の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。</p> <p>2 生活介護の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重し、生き甲斐等を十分に導き出せるように常に利用者の立場に立ったサービスを提供するよう努めるものとする。</p> <p>3 利用者に対し幅広い支援を実施していく上において、市町、指定障害者支援施設や障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図るものとする。</p> <p>4 前項の他、関係法令を遵守し、事業を実施するものとする。</p>

### 4 サービスに係る事業所・設備等の概要

		部屋数等			部屋数等
1 階	生活訓練室・食堂	1室	2 階	運動訓練室・多目的室	1室
	事務室	1室		創作室	1室
	洗面設備	2か所		個室	1室
	便所	2か所		便所	2か所
	相談室	1室		倉庫	1室
	厨房	1室			
	更衣室	1室			
	待合ホール	1室			
	倉庫	2室			
シャワー・洗濯室	1室				

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せん。

## 5 サービス提供職員の設置状況

### (1) 職員の配置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			厚生労働省で定められた配置基準以上
サービス管理責任者	1		1			
医師	1			1		
看護職員	1		1			
生活支援員	5	4		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で除した数です。

### (2) 主な職種の勤務体系

職 種	勤務時間
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：30～16：45）
看護職員	月に1回2時間勤務

## 6 サービス提供の内容

### (1) 営業日

月曜日～金曜日（指定した土曜日を含む）

但し、当該月数から8日を引いた原則の日数を超えず、休業日は年間カレンダーで示し事業所が指定した日とする。

### (2) サービス提供時間

8：30～16：30（8時間）

### (3) 営業時間

8：30～16：45

### (4) 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。（日常生活訓練等）
創作的活動等	下記のような創作的活動等の機会を提供します。 ① 創作的活動 ②音楽（療法）活動 ③健康的活動 ④レクリエーション活動
介 護	利用者の状況に応じて食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。

シャワー浴	重度の下肢麻痺等特別な事情のある方は、シャワー浴介助を行います。
健康管理	常に利用者の健康状況に注意し、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。

(5) 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	業務委託による昼食（弁当）を提供します。 〈業務委託先〉スバル食品株式会社 TEL. (0776) 38-1111 ・食物アレルギー等のある方は、献立に応じて各自で食事対応を願います。（献立表は月2回委託先より配布） ・食材料等の高騰により、食事代を値上げする場合には、事前に書面にて通知します。 ・食事提供時間 昼食12:00～13:00	1食400円  ※低所得者軽減措置適用 無料
創作的活動	創作的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限りします。	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日用品費等 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
送迎サービス	当事業所送迎ルート の範囲内で送迎希望の方を送迎します。なお、送迎車両への相乗り困難な場合は希望に添えないことがあります。	一か月（片道）750円 一回（片道）100円 個別一回（片道）200円 （送迎加算算定期間中は無料）
健康管理	一般検診及び血液検査等の健康診断については有料となります。	希望者 実費
その他	その他	実費

<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。

7 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費対象サービスの利用料金は、本人及びその配偶者の負担能力（市町村民税の所得割）に応じて市町村長が定める本人負担金です。障害福祉サービス受給者証の記載内容をご確認ください。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

介護給付費対象外サービスの利用料金は、上記「6. サービス提供の内容（5）介護給付費対象外サービス内容」の項目について、事業所が定める利用料金です。

### (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）をする場合は、利用予定日の当日午前10時までに当事業所までお申し出ください。なお、午前10時までにお申し出がない場合には、キャンセル料を頂くことがあります。

キャンセル料（1日あたり）	実費相当額
---------------	-------

### (4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア	当事業所窓口での現金支払い
イ	下記指定口座への振込み 福井銀行 花月支店 口座番号 普通預金 0160385 口座名義 (福)虹の会 理事長 稲木 昭一
ウ	金融機関口座からの自動引き落とし（毎月25日） ご利用できる金融機関：福井銀行

## 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サービスを提供した日から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時～午後4時です。

(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、ご家族等の緊急連絡先に連絡します。基本的には、ご家族により医療機関への受診をお願いします。

（但し事業所内事故等による緊急時には、事業所の判断にて医療機関に搬送します。）

## 10 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当事業所 ご利用相談窓口	・苦情受付担当者 サービス管理責任者 ・苦情解決責任者 管理者 ・ご利用時間 9：00～16：00 ・電話番号 0776-33-1177 *担当者が不在の場合は、最寄りの職員にお申し出ください。	
第三者委員	田中 郁雄	会社役員 (法人監事)
		電話番号 0776-36-2210

	市村俊夫	病院事務長（法人監事） 電話番号 0776-22-7133
運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>所在地：福井県福井市光陽2丁目3-22</li> <li>電話番号：0776-24-2347</li> </ul>	
市町窓口	福井市役所 障害福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>所在地：福井県福井市大手3丁目10-1</li> <li>電話番号：0776-20-5435</li> </ul>
	坂井市役所 社会福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>所在地：福井県坂井市下新庄1-1（本庁）</li> <li>電話番号：0776-50-3041</li> </ul>
	永平寺町役場 福祉保健課	<ul style="list-style-type: none"> <li>所在地：福井県吉田郡永平寺町松岡春日1-4（本庁）</li> <li>電話番号：0776-61-3920</li> </ul>

### 1.1 協力医療機関

医療機関の名称	田中病院（嘱託医）
医院長名	田中 章善
所在地	福井市大手2丁目3-1
電話番号	0776-22-8500
診療科	外科・消化器内科・整形外科・リハビリテーション科
入院設備	有

### 1.2 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>別途定める消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を実施します。</li> </ul>
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>消防機関へ通報する火災報知設備</li> <li>消火器、自動火災報知設備</li> <li>誘導灯</li> </ul>
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。

### 1.3 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

#### (1) 施設・設備ご利用上の注意事項

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。
施設の利用	施設内では、他の利用者の迷惑にならないよう静かにご利用ください。更衣室では支給されているロッカー内の整理整頓に心がけ、建物を汚さないよう清潔の維持にご協力ください。
喫煙	館内及び敷地内は全て禁煙となります。

貴重品の管理	貴重品は、原則、利用者の自己管理となります。 自己管理が無理な方や、高額な貴重品・ゲーム機等は館内に持ち込まないようお願いします。
政治・宗教・営利活動	他の利用者に対する政治・宗教・営利等の活動はご遠慮ください。
個別（特別）な対応	当施設においては、マンツーマン対応は出来かねますので、ご承諾の上ご利用ください。

## （２）支援上の注意事項

次のような施設内外における不慮の事故については、賠償責任を負いかねますのでご注意ください。

①	通勤途上における事故・怪我
②	職員の指示に従わないことに起きた事故・怪我
③	本人特有のこだわりや自傷行為等に起因する事故・怪我
④	利用者同士のトラブルによる事故・怪我
⑤	無断外出により起きた事故・怪我
⑥	てんかん発作に等での転倒による事故・怪我
⑦	食事時の誤嚥等による事故

ただし、職員の過失による場合は、危機管理マニュアルに基づいて速やかに損害を賠償します。

## 1 4 人権擁護および虐待防止等のための措置

### （１）人権擁護および虐待防止

当事業所では、利用者に身体的・精神的苦痛等の虐待を防止するため、虐待防止責任者を配置し、サービス提供担当者に虐待防止啓発のための定期的研修を実施します。

○虐待防止委員長：稲木 昭太

○虐待防止責任者：管理者（他に虐待防止委員を1名配置します。）

### （２）身体拘束

当事業所は、利用者の身体拘束を行いません。但し、利用者本人もしくは他の利用者や職員等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ないと判断される場合のみ、最小限の範囲内で身体を押さえるケースがあります。

### （３）安全管理

当事業所は、福井県が定める「社会福祉施設等の防犯対策点検マニュアル」に基づき、安全管理責任者を選任し、不審者への対処を含めた安全管理体制の整備に努めます。 ○安全管理責任者：管理者

### （４）個人情報保護

当事業所および職員は、サービスの提供にあたり、知り得た利用者に関する個人情報情報を外部に洩らすことはありません。また、他の事業者等に対して情報を提供す

る場合には、個人情報保護に関する文書により、必ず利用者および家族の同意を得ます。職員が退職後も、在職中に知り得た利用者に関する個人情報を洩らすことが無いよう必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス生活介護「あくてい」の提供及び利用の開始に際し、本書面に基つき重要事項の説明を行いました。

事業所名：あくてい

説明者職名：管 理 者 氏名 大西 佳世 印

私は、本書面に基つき事業者から指定障害福祉サービス生活介護「あくてい」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。

利 用 者

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

身元引受人（もしくは成年後見人等）

住 所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

続 柄： \_\_\_\_\_