「指定生活介護事業　重要事項説明書」

生活介護サービスを提供するにあたり、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とおりです。

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　昭太
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 令和６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）	凪の里（１８１０１００７５８）
事業所の所在地	福井県福井市文京五丁目１４番３７号
連　絡　先	TEL（０７７６）２７-２６８８
管　理　者	森本　奈津子
サービス 管理責任者	森本　奈津子
サービス実施地域	福井市
主たる対象者	知的障害者・身体障害者
定　　員	２０名
開設年月日	平成２４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の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	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、常時介助を要する利用者に、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。 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。 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指定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。 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。

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	多目的室	1室	3階	訓練・作業室	1室
	相談室	1室		更衣室	3室
	更衣室	2室		洗面所・便所	2か所
	支援員室	1室		車いす用洗面所・便所	1か所
	洗面所・便所	2か所		倉庫	1室
	車いす用洗面所・便所	1か所	4階	多目的室	2室
2階	食堂	1室		一般浴室	1か所
	厨房	1室		特殊浴室	1か所
	調理員室	1室		脱衣室	1室
	洗面所・便所	3か所		洗面所・便所	2か所
	車いす用洗面所・便所	1か所		車いす用洗面所・便所	1か所

※エレベータを完備しています。

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、上記の施設・設備を設置しています。

５　サービス提供職員の配置状況

（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			厚生労働省令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	7	4		3		

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）主な職種の勤務体制

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）
ただし、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する日とする。

（２）営業時間　７：３０～１７：００（事業所の状況に応じて短縮することがあります）

（３）サービス提供時間　７：３０～１６：３０（状況により時間の変更があります）

（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動作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・排せつ等生活全般にわたる援助を行います。
入　浴	下肢の重度障害者等特別な事情のある方は、入浴介助を行います。

健康管理	常に利用者の健康状態に注意し、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〉（有）ランチサービス TEL（０７７６）６６-３３５５ ・食物アレルギーのある方は、献立に応じて各自で食事対応願います（献立表は月２回委託先より配布）。 ・食材費等の高騰により、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　１２：００～１３：００	１食５１０円 ※低所得者軽減措置適用 無　料
創作的活動等	創作的活動等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、負担していただくことが適当であるものに限ります。 ①日用品費　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。 ※送迎加算算定期間中は無料	1 か月(片道)750 円 1 回(片道)100 円 個別（片道)200 円
その他	その他	実　費

〈サービスの概要〉

すべてのサービスは、生活介護計画に基づいて行われます。当事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者若しくは家族等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（市町民税の所得割）に応じて市町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」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９時までに当事業所までお申し出ください。なお、午前９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日当たり）	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ください。

ア	当事業所での現金支払い
イ	下記指定口座への振込み 福井銀行　花月支店　普通預金　０１６０３８５ 社会福祉法人虹の会　理事長　稲木　昭太 ﾌｸ）ﾆｼﾞﾉｶｲ
ウ	金融機関口座から自動引き落とし（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契約の終了後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時から午後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。ただし、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、ご家族等により医療機関への受診をお願いします。

（ただし、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・苦情等申立てに関する相談窓口

<table>
<tr><td>当事業所
ご利用相談窓口</td><td colspan="3">・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　　０７７６-２７-２６８８</td></tr>
<tr><td rowspan="4">第三者委員</td><td rowspan="2">市村　俊夫</td><td colspan="2">福仁会病院（法人監事）</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td>０７７６-２２-７１３３</td></tr>
<tr><td rowspan="2">岡田　政則</td><td colspan="2">あゆみ（法人監事）</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td>０７７６-４１-８３３８</td></tr>
<tr><td>運営適正化委員会</td><td colspan="3">・所 在 地：福井県福井市光陽二丁目３-２２
・電話番号：０７７６-２４-２３４７</td></tr>
</table>

市町窓口	福井市役所 障がい福祉課	・所 在 地：福井県福井市大手三丁目１０−１ ・電話番号：０７７６−２０−５４３５

１１　協力医療機関

名　称	福仁会病院
医院長名	中川　博幾
所在地	福井市文京五丁目１０−１
電話番号	０７７６−２２−７１３３
診療科	外科・内科・胃腸科・心療内科・精神科
入院設備	有

１２　非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画等により対応します。
平時の訓練	別途定める消防計画等により、適宜、避難・防災訓練等を実施します。
防災設備	・自動火災報知器　有　・誘導灯　有 ・消火器　有　・火災通報装置　有
保険加入	事故・災害等に備えて、損害賠償保険に加入しています。

１３　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従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、弁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掛け、施設を汚さないよう清潔の保持にご協力ください。
外　出	個人的な用件での外出が必要な場合は、職員に申し出の上、自己責任において行ってください。（ただし、事故防止の判断ができない方や危険な行為が予想される方については、制限させていただく場合があります。）
喫　煙	施設内は全面禁煙となります。 喫煙する際は、屋外の所定の場所にてお願いします。

貴重品等の管理	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・ゲーム機等は施設内に持ち込まないようお願いします。
政治・宗教 ・営利活動	他の利用者への政治・宗教・営利活動はご遠慮ください。
個別対応	当事業所においては、個別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・怪我等については、賠償責任を一切負いかねますのでご注意願います。

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

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賠償します。

１４　虐待防止等のための措置

（1）虐待防止

当事業所では、従業者への虐待防止等の研修を実施します。虐待防止のための対策を検討する委員会として虐待防止委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底します。虐待の防止等のための責任者を設置します。

〇虐待防止委員長：稲木 昭太

〇虐待防止責任者：管理者（他に虐待防止委員を１名配置します。）

（2）身体拘束等の適正化

当事業所では、身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底します。身体拘束等の適正化のための指針を整備します。従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的に実施します。

１５　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。

〇安全管理責任者：管理者

１６　個人情報保護

当事業所及び職員は、サービスの提供にあたり、知り得た利用者等に関する個人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、必ず利用者及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等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

指定生活介護「凪の里」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。

（職名）　管理者　　（氏名）　森本　奈津子　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護「凪の里」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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

身元引受人（若しくは成年後見人等）

住　所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

続　柄：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿