

# 障害者支援センター「みなみかぜ」

## 指定生活介護

### 重要事項説明書

あなたに対する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あなたに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 京都聴覚言語障害者福祉協会 |
| 所 在 地   | 京都府城陽市寺田林ノ口 11 番 6 4 |
| 電 話 番 号 | 0774-30-9000         |
| FAX番号   | 0774-55-7708         |
| 代表者氏名   | 理事長 高田 英一            |
| 設 立 年 月 | 1978(昭和53)年 6月       |

#### 2. 利用施設

|                   |   |
|-------------------|---|
| 事業所の種類            | 指定生活介護事業所<br>2016(平成28)年 7月 1日指定        |
| 事業所の名称<br>(事業所番号) | 障害者支援センター「みなみかぜ」<br>(2612800686)        |
| 事業所の所在地           | 京都府城陽市寺田林ノ口 11 番 6 4                    |
| 連 絡 先             | 電話番号 0774-30-9000<br>ファックス 0774-55-7708 |
| 管 理 者             | 池原 正信                                   |
| サービス管理責任者         | 池原 正信                                   |
| サービスの実施地域         | 京都府山城地域全般及びその他の地域                       |
| 主たる対象者            | 聴覚障害者                                   |
| 定 員               | 10名                                     |
| 開設年月日             | 2016(平成28)年 7月 1日                       |

#### 3. サービスの目的・運営方針

|     |  |
|-----|--|
| 目 的 | 利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助等を行うことにより、利用者の生活機能ならびに生活の質の向上を図ることを目的とする。 |
|-----|--|

|      |   |
|------|---|
| 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きめの細かな生活介護のサービスを提供します。 |
|------|---|

#### 4. サービスに係る設備等の概要

|       | 部屋数     | 備 考              |
|-------|---------|------------------|
| 地域活動室 | 1 室     | 調理設備設置。          |
| 相談室   | 3 室     | 京都府聴覚言語障害センターと兼用 |
| 洗面設備  | 1 室     | 京都府聴覚言語障害センターと兼用 |
| 便 所   | 男女各 1 室 | 京都府聴覚言語障害センターと兼用 |
| 多目的室  | 2 室     | 京都府聴覚言語障害センターと兼用 |
| 事務所   | 1 室     | 京都府聴覚言語障害センターと兼用 |

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設備を設置しています。

#### 5. サービス提供職員の設置状況（常勤換算）

- (1) 管理者 常勤兼務 1 名
- (2) サービス管理責任者 常勤兼務 1 名
- (3) 生活支援員 常勤専従 1 名以上
- (4) 看護師 非常勤専従 1 名以上
- (5) その他支援員 適宜

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（例：週 40 時間）で除した数です。

#### (ア) 各職種の勤務体系

| 職 種       | 勤務体系                 |
|-----------|----------------------|
| 管理者       | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| サービス管理責任者 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| 看護師       | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |
| 生活支援員     | 正規の勤務時間帯（8：30～17：15） |

(イ) 営業日と営業時間

|      |   |
|------|---|
| 営業日  | 月曜日から金曜日まで（必要に応じて変更有）<br>（国民の休日及び 12 月 29 日から 1 月 3 日、その都度定める夏季休暇を除く） |
| 営業時間 | 午前 9 時から午後 4 時（必要に応じて変更有）   |

6. サービス提供の内容

(1) 訓練等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。   |
| 生産活動等   | 生産活動等の機会を提供します。<br>① カフェ 接客・調理作業<br>② 館内清掃作業<br>③ 給食調理作業<br>④ 軽作業 手芸作業 その他<br>〈工賃の支払〉<br>上記生産活動等における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。 |
| 事業所外支援  | 常時サービスを利用している利用者が心身の状況の変化により、5 日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月 2 回を限度として同意の上で支援を行います。   |
| 健康管理    | 日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び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。  |
| 送迎      | 自主通所ができない場合、希望により、受給者証記載の住所地に送迎を行います。また、申し出に基づき、送迎場所を変更できます。送迎費は無料です。  |

(2) 訓練等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 |
|----------------|---|----|
| 生産活動等          | 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頂きます。 | 実費 |
| 取り組み・レクリエーション等 | 取り組みやレクリエーションのうち負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 | 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。<br>①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費 | 実費               |
| 社会生活上の便宜の供与等  | 日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。                       | 実費               |
| 昼食に係る費用       | 昼食の種類に応じての左記の費用を頂きます。<br>①「給食」 ②「ひなたランチ」、「ふるさと料理」、「ひなたランチ練習」「簡単料理」、「特別企画食」        | ①500円<br>③580円、他 |
| その他           | ・サービス提供記録等の複写代<br>・証明書諸書類の発行代<br>・その他   | 実費               |

### (3) 昼食キャンセルの取り扱いについて

月間予定表にて参加のご連絡を頂いて以降、以下においてキャンセルがあった場合、全額ご負担いただきます。

#### ① 「弁当」「給食」「ひなたランチ」:

前日の正午12時以降にキャンセルがあった場合。

#### ② 「ふるさと料理」「ひなたランチ練習」「簡単料理」「材料費(デザート作り)」「その他特別企画の昼食」:

前日の正午12時以降にキャンセルがあった場合。(月曜日をキャンセルする場合は金曜日)

### <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。

## 7. 利用料金

### (1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金(厚生労働大臣の定める額)のうち9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る(代理受領する)場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。(定率負担または利用者負担額といいます)

なお、定率負担または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「6. サービス提供の内容(2) 訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。

お支払い方法は銀行引き落としです。所定の用紙にて、引き落とし口座を届け出て頂きます。

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、9:00 ~ 16:00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

(1) サービス提供により事故が発生した場合、ご家族、市町村、関係医療機関、当該利用者に係る相談支援事業者等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して、とった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には損害賠償を速やかに行います。

(2) 利用者の病状急変等の緊急時には、速やかにご家族、医療機関への連絡等を行います。

|        |  |
|--------|--|
| 協力医療機関 | 医療機関名：医療法人正信会 ほうゆう病院<br>所在地：京都府城陽市寺田垣内後43-4<br>電話番号：0774-53-8100<br>FAX番号：0774-55-6530 |
|--------|--|

10. 要望・苦情等申立先に関する相談窓口

|                 |   |
|-----------------|---|
| 当事業所<br>ご利用相談窓口 | ・窓口担当者 施設第一福祉部 城陽支援課 課長<br>・ご利用時間 9:00 ~ 17:00<br>・電話番号 0774-30-9000<br>・FAX番号 0774-55-7708<br>・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。 |
| 社会福祉法人          | 苦情解決責任者   電話番号 0774-30-9000   |

|                                  |   |                     |
|----------------------------------|---|---------------------|
| 京都聴覚言語障害者<br>福祉協会<br>第三者委員       |   | FAX 番号 0774-55-7708 |
|                                  |   | 施設第一福祉部 部長          |
|                                  | 第三者委員   | 電話番号 075-723-3644   |
|                                  |   | FAX 番号 075-723-3644 |
|                                  | 監事 志藤 修史  |                     |
| 京都府山城北保健所                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・京都府宇治市宇治若森7-6</li> <li>・電話番号：0774-21-2193</li> <li>・FAX 番号：0774-24-6215</li> </ul>      |                     |
| 京都府社会福祉協<br>議会福祉サービス<br>運営適正化委員会 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：京都市中京区竹屋町通烏丸東入る</li> <li>・電話番号：075-252-2152</li> <li>・F A X：075-212-2450</li> </ul> |                     |

#### 11. 協力医療機関

|         |                 |
|---------|-----------------|
| 医療機関の名称 | 医療法人正信会 ほうゆう病院  |
| 理事長名    | 福島 正信           |
| 所在地     | 京都府城陽市寺田垣内後43-4 |
| 電話番号    | 0774-53-8100    |
| FAX番号   | 0774-55-6530    |

#### 12. 非常災害時の対策

|        |  |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別途に定める消防計画書により対応いたします。   |
| 平時の訓練  | ・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。   |
| 防災設備   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知機 有</li> <li>・誘導灯 有</li> <li>・ガス漏れ報知機 無</li> <li>・非常用電源 無</li> <li>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</li> </ul> |
| 保険加入   | <p>事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社</p> <p>加入保険内容：賠償責任保障制度・障害見舞金保障制度</p>  |

#### 13. 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                | 指定場所のみ可。  |
| 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、<br>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。                   |

年 月 日

指定障害者福祉サービス生活介護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：障害者支援センター「みなみかぜ」  
説明者職名： 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス生活介護サービスの  
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

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：