

重要事項説明書

今回ご利用いただくサービス

指定 共生型生活介護事業所

当事業所は障害福祉サービスの指定を受けています。

あなた（またはあなたの家族）が利用しようと考えている指定生活介護事業所（以後「生活介護」という）について、利用契約を締結する前に知っておいていただきたい内容を、説明いたします。わからないこと、わかりにくいことがあれば、遠慮なく質問をして下さい。

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス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条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことなどを事業者が説明するものです。

1. 事業主体

| | |
|--------|---------------------------------|
| 事業主体 | 社会福祉法人 砥部寿会 |
| 代表者 | 理事長 菅原 哲雄 |
| 法人所在地 | 〒791-2132 愛媛県伊予郡砥部町大南 2267 番地 |
| 電話・FAX | 電話 089-962-7820 FAX089-962-7822 |
| 設立年月日 | 平成6年3月24日 |

2. 事業所の概要

| | |
|-------------|---|
| 事業所の種類 | 指定 共生型生活介護事業 (指定第 3813510314 号) |
| 事業所の目的 | 適切な環境と管理のもとに、利用される方お一人お一人の能力と特性に応じた支援を行い、入浴、食事、創作活動、介護サービス等を提供し、日中活動の場として、生活できるようにすることを目的とします。 |
| 事業所の名称 | デイサービスセンター あったか |
| 事業所所在地 | 〒791-2101 伊予郡砥部町高尾田 1171 番地 2 |
| 指定年月日 | 令和5年4月1日 |
| 主たる対象者 | ・知的障害者・身体障害者・精神障害者 |
| 電話・FAX | TEL089-957-2007 FAX089-957-2107 |
| 管理者氏名 | 石川 和孝 |
| サービス管理責任者氏名 | 中野 由紀・沖 雅邦 |
| 開設年月 | 令和5年4月1日 |
| 利用定員 | 27名 |
| 事業の方針 | 常時介護が必要な利用者が、地域において自立した日常生活又は社会生活を営めることができるよう、他の社会資源との連携を図った生活介護サービスの提供及び当該利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事等の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うこととします。 |

3. 事業所の構造・設備等について

生活介護事業所の構造・設備等について

| | |
|--------|---------------------------|
| 構造・規模 | 鉄筋コンクリート造陸屋根 3階建 |
| 敷地面積 | 1694.57 m ² |
| 延床面積 | 542.982 m ² |
| 居室等の概要 | 当事業所では、以下の居室・設備をご用意しています。 |

| | | | | |
|--|-----------------------|---------|---------|-------|
| | (1 F) | (1 室当り) | (1 室当り) | |
| | 事務コーナー | 12.24 | 男子便所 | 2.362 |
| | 静養室 | 19.6875 | 便所④ | 3.63 |
| | 汚物処理室 | 4.14 | 脱衣室 | 18.03 |
| | 便所① | 3.3075 | 浴室 | 24.42 |
| | 便所② | 3.6 | 厨房 | 23.56 |
| | 便所③ | 3.51 | 前室 | 3.79 |
| | 廊下 | 12.14 | カラオケルーム | 9.435 |
| | 台所 | 28.98 | 車椅子便所 | 4.56 |
| | 食堂 | 46.33 | リハビリ室 | 73.06 |
| | 外部収納 | 2.25 | | |
| | ※居室は、収納を除き内法で表示しています。 | | | |

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して共生型生活介護事業のサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 従業者の職種、員数

1. 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定生活介護援助の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行う。

2. サービス管理責任者 1名以上

サービス管理責任者は、生活介護援助計画の作成業務のほか、事業所に対するサービスの利用の申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行うものとする。また、利用者について、特定相談支援事業所及び指定生活介護事業所、指定就労継続支援（B型）事業所等との連携及び調整並びに余暇活動について、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう必要な支援を行うものとする。

3. 生活支援員 6名以上

入浴、排せつ、食事等の介護等日常生活に必要な援助を行うものとする。

4. 看護師 1名以上

健康管理や怪我の処置、服薬などの看護業務を行うものとする。

※看護職員(非常勤専従)は訪問看護ステーションくるみとの連携によるもの

(2) 従業員の職務内容

| 従業員の職種 | 職務の内容 |
|---------------|--|
| 管 理 者 | 事業所の従業員の管理及び業務の管理を一元的に行うとともに、従業員に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行う。 |
| サービス管理 責任者 | 利用者及び家族等からの相談に応じ、従業員に対する技術指導、通所介護計画(介護 予防通所介護計画、通所型サービス計画)の作成、関係機関との連絡調整等を行う。 |
| 生 活 支 援 員 | 利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行う。 |
| 看 護 職 員 | 主に利用者の健康管理や療養上の世話をを行うが、日常生活上の介護、介助等も行う。 業務委託契約により訪問看護ステーションくるみとの連携あり。 |

5. 営業日と営業時間及び一日の流れ

営業日及び営業時間

| 営業日 | 月曜日～土曜日（1月1・2日を除く） | |
|----------|--------------------|------------------------|
| 受 付 時 間 | 8 時 30 分～17 時 30 分 | |
| サービス提供時間 | 通所介護 | 9 時 30 分～15 時 35 分(標準) |
| | 通所型サービス | 9 時 30 分～15 時 35 分(標準) |
| | 共生型生活介護 | 9 時 30 分～15 時 35 分(標準) |

| <一日の流れ> | | | |
|---------|--------|--------|---------|
| 8:30～ | 送迎 | 13:00～ | 日中活動・入浴 |
| 9:30～ | バイタル測定 | 15:35～ | 送迎 |
| 10:00～ | 日中活動 | | |
| 12:00～ | 昼食・休憩 | | |

6. 利用にあたっての留意事項

| (利用に関する事項) | |
|--|--|
| 1. 年1回の健康診断を実施します。尚、かかりつけ医療機関で受診される方は、コピーの提出をお願いします。 2. 既往歴等に(特に感染症については)虚偽の申告、作為的な隠蔽があった場合には、利用後でも他の利用者に影響が及ぶと判断されたとき、退所していただく場合もあります。 | |
| 通院について | ・施設車両や介護タクシー等を利用し、スタッフが同行致します。 その際の医療費及び交通費等は自己負担となります。 |
| 所持品の持ち込み | ・ご自身の責任において管理していただくことが原則です。 ・高価な貴重品や大金はこちらで管理できません。又、紛失等の事故に対する責任は、砥部寿会で負うことはできません。 |

| | |
|----------------------|--|
| 設備、備品の使用 器物破損等の場合 | ・事業所内の設備や備品は、本来の用法に従ってご利用ください。本来の用法に反した利用により破損等が生じた場合は、弁償していただく場合があります。 ※ご利用の際は、本人・対物損害賠償保険にご加入をお勧めします。 |
| 喫煙 | ・指定の喫煙場所にて、ご利用出来ます。 |
| 飲酒 | ・マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。 |
| 面会 | ・時間帯により出来ます。事前に職員へご連絡下さい。 |
| 宗教活動・政治活動 ・営利活動 | ・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。 |

7. サービス内容および利用料等

(1) 介護給付費対象サービスの内容

| 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等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。 <相談窓口> 管理者：石川 和孝 |
| 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・社会適応訓練) |
| 介護 | ・利用者の状況に応じて適切な技術を持って、食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 |
| 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、健康保持のために必要な支援を行います。 |
| 創作的活動 | ・創作活動の機会を提供します。 ① 季節や行事に応じた作品作り ② 書道教室 |
| 送迎サービス | ・ご自宅周辺までの送迎を行います。 |
| 緊急時の対応 | ・サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。 |
| 日中活動の支援 | ・利用者の障害特性をふまえた工夫をもって、家事活動、創作活動、その他個々人に応じた活動の機会を提供します。 また、活動時間に及び活動内容に関しては、希望や体調面を考慮しながら、個々に時間の調整を行います。 |

(2) 介護給付費対象外サービスの内容*費用については、料金表をご覧ください。

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|---------|------------------|
| 食事サービス | ・事業所内で調理し提供致します。 |

| | |
|---------------|--|
| | ・利用者の状況に応じて介助を含め、適切な食事支援を行います。 (食事提供時間) 昼食 12:00～ |
| 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関わる費用を頂きます。 |
| 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頂きます。 |
| 入浴サービス | 希望により入浴サービスを提供します。 |

(3) 提供するサービスの料金

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。又、利用者負担は、原則利用料の1割となっていますが、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

※負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

共生型生活介護事業に関する「給付費支給対象サービスの利用料金(厚生労働省令で定める基準額の利用者負担)」並びに「給付費支給対象サービスにならない利用料金(個別サービス利用料)」の詳細に関しては、次の別表に記載のとおりとなります。

【別表】

(デイサービスセンターあったか 利用料金表)

①介護等給付費支給対象サービスに関する利用料金表(厚生労働省令で定める基準額の利用者負担)

※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の改正があれば、料金が変更となります。

| |
|-----------------|
| 共生型生活介護サービス費(i) |
| 697 単位 |

※加算項目：要件を満たす場合、上記基本料金に以下の料金が加算されます。

| 加算項目 | 利用料(負担額) | 要件 |
|----------|---------------------------------------|--|
| 送迎加算(I) | 21 単位/回 (一定の要件を満たす場合は更に +28 単位) | 1 回の送迎につき平均 10 人以上が 利用し、かつ、週 3 回以上の送迎 を実施している場合 ※利用定員が 20 人未満の事業所 にあつては、平均的に定員の 50/100 以上が利用している場合 |
| 送迎加算(II) | 10 単位/回 | ①1 回の送迎につき平均 10 人以上 が利用している |

| | | |
|---------|-----------------------|---|
| | (一定の要件を満たす場合は更に+28単位) | (利用定員が20人未満の事業所にあつては、平均的に定員の50/100以上が利用している)又は、②週3回以上の送迎を実施している場合 |
| 初期加算 | 30単位/回 | 利用開始日から起算して30日以内の期間について加算 |
| 欠席時対応加算 | 94単位/回 | 利用者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談援助を行った場合に、月に4回まで加算 |

| 加算項目 | | 利用料(負担額) | 要件 |
|------------------|--------------------|--|------------------------|
| 福祉専門職員配置加算(Ⅰ) | 15単位/日 | (Ⅰ)(Ⅱ)の場合 生活支援員のうち有資格者が一定割合以上の場合。 (Ⅲ)の場合 生活支援員のうち勤務形態が常勤の者が75%、又は勤務年数が3年以上の者が30%を超える場合。 | |
| 福祉専門職員配置加算(Ⅱ) | 10単位/日 | | |
| 福祉専門職員配置加算(Ⅲ) | 6単位/日 | | |
| 福祉専門職員配置加算(Ⅰ)(Ⅲ) | 21単位/日 | 常勤職員が多く配置されている事や、勤続年数が長い事を適切に評価する為、(Ⅰ)又は(Ⅱ)と(Ⅲ)との併給を可能とする。 | |
| 常勤看護職員配置加算 | 24単位/日 | 常勤換算方法で算定した看護職員の数に乗じて得た単位数を加算する。 | |
| 重度障害者支援加算(Ⅰ)(Ⅱ) | 360単位/日 180単位/日 | 障害区分6であつて特定の基準を満たす利用者に対して通常の介護体制に加えて、より手厚いサービスを提供した場合。 * (Ⅱ) 区分4以上の強度行動障害 | |
| い ず れ か | 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ) | 加算(Ⅱ)に加え、以下の要件を満たすこと ・経験技能のある介護職員を事業所内で一定割合以上配置していること | +所定単位数×81/1,000(一月につき) |
| | 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ) | 加算(Ⅲ)に加え、以下の要件を満たすこと ・改善後の賃金年額440万円以上が1人以上 ・職場環境の更なる改善、見える化 | +所定単位数×80/1,000(一月につき) |
| | 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅲ) | 加算(Ⅳ)に加え、以下の要件を満たすこと ・資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備 | +所定単位数×67/1,000(一月につき) |
| | 福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅳ) | ・加算(Ⅳ)の加算率2分の1以上を月額賃金で配分 ・職場環境の見直し ・賃金体系等の整備及び研修の実施 | +所定単位数×55/1,000(一月につき) |

②介護等給付費支給対象サービスにならない利用料金表（個別サービス利用料）

※以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

| 項目 | 費用 | 備考 |
|---------------------|------------------|---|
| 食事サービス | 640 円 | <ul style="list-style-type: none"> ・昼食：640 円 ・食材料費：300 円 ＊軽減措置（食事提供加算）が適用される方は、食材料費分のみ負担となります。 |
| 創作的活動及び生産活動等 | 実費 | 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関わる費用を頂きます。 |
| 日常生活上必要となる諸経費 | 実費 | 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頂きます。 ① 日用品 ② 保健衛生費 ③ 教養娯楽費 |
| レクリエーション、クラブ活動に係る費用 | 材料費等の実費 | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望により、教養娯楽としてレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。費用に関しては、材料費のみ実費となります。 |
| 医療費等 | 実費 | ・実費負担となります。 |
| 各種付き添い | 2,000 円／回 | ・利用者の希望する医療機関等への受診や薬の受け取り等。 |
| インターネット利用料 | 500 円／月 | ・事業所内の Wifi に接続して使用される方は、月額頂きます。 |
| 送迎利用料 | 30 円／1 km につき | <ul style="list-style-type: none"> ・旧松山市外の送迎距離分及び病院受診又は特別な配慮が必要な時のみ頂きます。 ・片道のみ利用の場合も往復分を頂きます。 |
| 複写物の交付 | | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供に関する記録は、その完結の日から 5 年間保管します。 ・ご本人様のご利用中のご様子については、計画見直しの際に当事業所からも積極的に記録の開示を行いご報告させていただきます。 また、利用者又は利用者の家族からのご希望に応じて記録の閲覧も可能です。 ・複写の交付は、実費をご負担いただきます。1 枚につき 10 円 |

<上記料金に関して、ご不明な点があればサービス管理責任者までお尋ねください。>

（3）利用の中止、変更、追加・キャンセルに伴う費用

利用の中止、変更、追加

- 利用者又は利用者家族等の都合により、介護予防通所介護、通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用追加を申し出ることができます。この場合にはサービス利用の前日までに事業者又は利用者の担当ケアマネジャーに申し出てください。
- サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況によりご利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時等を提示して協議します。
- 食事の利用変更時（追加・中止）のお願いについて

■食事変更が可能な期限・・・昼食:前日 17:30まで

■上記時間以降にご連絡を頂いた場合

(追加)

当日の利用状況等で対応できる場合もありますが、内容、品数が異なる場合もあります。

(中止)

恐れ入りますが、上記時間以降に中止する場合は、お食事代を請求させていただきます。ご了承お願い致します。

| | | |
|--------|------------------------|-------------|
| キャンセル料 | 介護給付費等対象となるサービス | 無料 |
| | 介護給付費等対象とならないサービス(食事代) | 各食事提供に要する費用 |

キャンセルの場合は利用予定日の1日前までにお申し出ください。

(4) 利用料金のお支払い方法

利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し次のいずれかの方法により翌月末日までにお支払いください。

■ 自動引き落とし

ご利用月の翌月20日に指定口座から自動的にお引き落としさせていただきます。

(日・祝祭日の場合は翌営業日)※ 郵便局はご利用いただけません。

■ 口座振込み

| 金融機関名 | 支店名 | 種別 | 口座番号 | | | | | | |
|-------|---------------------|----|------|---|---|---|---|---|---|
| 愛媛銀行 | 砥部 | 普通 | 0 | 3 | 7 | 0 | 1 | 5 | 7 |
| 振込先名 | 社会福祉法人砥部寿会 理事長 菅原哲雄 | | | | | | | | |

※ 振込み手数料が必要になります。振込みに係る手数料は、ご利用者負担となります。

※ 詳細については、金融機関窓口にてご確認ください。

■ 請求書・領収書の発行について ■

〈請求書〉月末締め翌月10日頃に郵送いたします。

〈領収書〉入金確認後に郵送いたします。

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3か月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

8. 個別支援計画等の作成にあたって

| | |
|----------|------------------------------------|
| 請求市町村の支給 | ・サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利 |
|----------|------------------------------------|

| | |
|----------|---|
| 決定内容等の確認 | <p>利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。</p> |
| 計画作成等 | <p>・確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「個別支援計画」を作成します。「個別支援計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。</p> |
| 計画変更等 | <p>・「個別支援計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。</p> |

9. 非常災害時の対策

| | |
|--------------------|---|
| 非常災害時の対応方法 | <p>・職員は利用者の避難等適切な措置を講じます。</p> <p>また、管理者は、日常的に具体的な対処方法、避難経路及び協力機関等との連携方法を確認し、災害時には避難等の指揮をとります。</p> |
| 平常時の訓練等 | <p>・非常災害に備え、年2回以上の避難通報訓練を実施します。</p> |
| 消防計画等 | <p>消防署への届け出日 令和5年7月1日 防火管理者 小椋 真吾</p> |
| 防犯防火設備 避難設備等の概要 | <p>・自動火災報知設備 ・自動火災通報装置 ・スプリンクラー ・避難誘導灯 ・非常照明 ・消火器</p> <p>※上記は、厚生労働省が定める基準により、生活介護事業所に必置が義務付けられている施設・設備を満たしています。</p> |

10. 事故発生時及び緊急時の対応方法

| | |
|-------------|---|
| 事故発生時等の対応方法 | <p>・怪我及び病的急変については、協力医療機関を含め連携する医療機関または、利用者主治医及び必要な医療機関等への連絡を行い必要な対応をいたします。</p> <p>その際は家族へ連絡いたします。救急車等で運ばれた医療機関での支払い及び必要なタクシー代金等は個人負担となります。</p> <p>・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。</p> <p>・利用者が、事業所側の行事での外出、日常生活での散歩、買い物等でのサービスの提供を行っている時に、転倒、怪我等の事故が発生した場合、市町村、当該入居者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。</p> <p>また、事業所で加入している賠償責任保険に該当する場合は、すみやかに損害賠償を行います。</p> <p>・救急車の要請をした場合、医療機関受診、治療等行った場合、入院になった場合など、病院へかかった時点で市町村への届出を行います。</p> <p>・事故については、事業所として事故の状況・経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。</p> |
|-------------|---|

| | |
|---------------------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ・事業者は、現にサービスの提供を行っているとき、災害が発生した場合は、別に定める防災計画に基づき適切な対応を講じます。 |
| 利用者の病状の急変等の緊急時の対応方法 | <ul style="list-style-type: none"> ・サービスの提供中に、利用者の体調悪化時や病状の急変等の緊急時には、利用者の主治医又は協力医療機関へ連絡し、必要な措置を速やかに講じます。また、利用者の家族及び代理人等に速やかに連絡させていただきます。 ・病状等の状況によっては、事業者の判断により救急車による搬送を要請することがあります。ただし、看取りや医療連携に関し、別に定める規定（重度化した場合における対応に係る指針）に沿って支援します。 |

| | |
|------------|---|
| 損害賠償保険加入状況 | <ul style="list-style-type: none"> ・事故・災害時に備え、下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社：あいおいニッセイ同和 損害保険株式会社 保険名：介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
|------------|---|

| | | |
|-----|--------|--------------------|
| 市町村 | 市町村名 | 松山市・砥部町・松前町・伊予市 |
| | 担当部・課名 | 中予地方局健康福祉環境部 地域福祉課 |
| | 電話番号 | 089-909-8756 |

主治医

| | | | |
|-------|--|------|--|
| 医療機関名 | | | |
| 所在地 | | 電話番号 | |

緊急連絡先

| | | | |
|----|--|------|--|
| 氏名 | | | |
| 住所 | | 電話番号 | |

1 1. 協力医療機関等

| 医療機関名 | 科名 | 所在地 | 電話番号 |
|-------|----|------------|----------------|
| 中川内科 | 内科 | 砥部町高尾田 5 1 | 089-956 - 0600 |

1 2. 秘密の保持と個人情報の保護

| | |
|------------------------|--|
| 利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者及び事業者の従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を正当な利用なく、第三者に漏らしません。この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後も継続します。</p> |
| 従業者に対する秘密の保持について | <p>就業規則にて従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を保持する義務を規定しています。</p> <p>また、その職を辞した後にも秘密の保持の義務があります。</p> |

| | |
|--------------|---|
| 個人情報の取扱いについて | <p>事業所は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、あらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。</p> <p>事業所は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとしします。</p> <p>事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的のために必要な範囲内で訂正等を行うものとしします。（開示に際して複写料が必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |
|--------------|---|

13. 身体的拘束等について

| | |
|-----------|--|
| 身体的拘束等の禁止 | 事業者は、当該利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。 |
| 家族への説明 | 緊急やむを得ない場合は、あらかじめ利用者の家族に、身体的拘束等の内容、目的、理由、拘束等の時間帯、期間等を、詳細に説明し、同意を文書で得た場合のみ、その条件と期間内においてのみ行うものとしします。 |
| 身体的拘束等の記録 | 身体的拘束等を行う場合には、上記の検討会議録、利用者の家族への説明、経過観察や再検討の結果等を記録します。 |

14. 衛生管理

| | |
|----------|--|
| 衛生管理について | <p>事業所の設備及び備品等については、消毒等の衛生的な管理に努めています。また、空調設備により適温の確保に努めています。</p> <p>従業員の健康管理を徹底し、従業員の健康状態によっては、利用者との摂食を制限する等の措置を講ずるとともに、従業員に対して手洗い、うがいを励行する等、衛生教育の徹底を図っています。</p> <p>利用者にも手洗い、うがいを励行させていただきます。</p> |
| 感染症対策 | <p>〇ー157、ノロウイルス、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症等の感染症対策を実施、従業員に周知徹底しています。</p> <p>また、従業員への衛生管理に関する研修を年1回以上行います。</p> |

15. 障がい者虐待防止について

| | |
|-------------------|---|
| 障がい者虐待防止等のための取り組み | <p>利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。</p> <p>① 虐待防止に関する責任者を選定しています。</p> <p>窓口担当者：石川 和孝</p> |
|-------------------|---|

| | |
|----------------|---|
| | <p>虐待防止に関する責任者： 安岡 英哉 電話番号：089-957-2007 FAX 番号：089-957-2107 受付時間：月曜～金曜 8：30～17：30</p> <p>②成年後見制度の利用を支援します。</p> <p>③利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備</p> <p>④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。</p> <p>⑤従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。</p> |
| 行政関係 虐待対応窓口 | <p>名 称：愛媛県障がい者権利擁護センター (愛媛県福祉総合支援センター) 所 在 地：松山市本町7-2 電話番号：089-911-2177</p> <p>名 称：松山市障がい者虐待防止センター (松山市役所 障がい福祉課) 所 在 地：松山市二番町4-7-2 電話番号：089-948-6849</p> |

16. 当施設における苦情の受付について

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受付、当法人の定める苦情解決実施要綱に基づき迅速に対応いたします。事業所入口に「苦情解決実施に関する掲示」を掲示しておりますのでご参照ください。ホームもしくは、職員等に対しての口頭で言えない苦情については、「ホームに意見箱」がございますので、文書での提出も可能です。

苦情については、ホーム側より書面・口頭にて処理報告いたします。近隣住民から苦情処理にも対応しておりますので、ご家族に覚えがない場合でも、ご協力をお願いする場合があります。また、苦情申立がありましたら、職員会議を開き、改善をし、その結果を通知、若しくは掲示します。

当事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所に対するご意見などもいただいています。当事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

| | |
|--------|--|
| 苦情受付窓口 | <p>窓口担当者：石川 和孝 苦情解決責任者：安岡 英哉 電話番号： 089-957-2007 FAX 番号：089-957-2107 受付時間：月曜～金曜 8：30～17：30</p> |
| 第三者委員 | <p>氏名： 日野 守 ・宮田 勝敏 電話番号：089-962-3988・089-962-7139</p> |

上記以外の連絡先

| | |
|--------------------------|--|
| 市町村窓口 | <p>名 称：松山市役所（指導監査課） 所 在 地：松山市二番町4丁目7-2 別館2F 電話番号：089-948-6967 ※土日祝を除く 8：30～17：00 ※12月29日～1月3日を除く</p> <p>名 称：愛媛県庁（保健福祉部障がい福祉課） 所 在 地：松山市一番町4丁目4-2 電話番号：089-912-2420 FAX 番号：089-931-8187 ※土日祝を除く 8：30～17：00 ※12月29日～1月3日を除く</p> |
| 愛媛県社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会 | <p>所 在 地：松山市持田町3丁目8-15 電話番号：089-998-3477 FAX 番号：089-921-8939 ※土日祝を除く 9：00～16：30 ※12月29日～1月3日を除く</p> |

・ 17. ハラスメント防止対策について

| | |
|------------------|--|
| ハラスメントに対する方針 | <p>ハラスメント行為は、利用者及び職員を含むすべての者の人権にかかわる問題であり、事業者は、ハラスメント行為を断じて許さず、すべての者が互いに尊重し合える、安全で快適な事業所の環境作りに取り組みます。このため、次のハラスメント防止のための取り組みを行い、管理者を始めとする全職員は、研修などにより、ハラスメントに関する知識や対応能力を向上させ、そのような行為を発生させない、許さない事業所づくりを心掛けるものとします。</p> |
| ハラスメント防止のための取り組み | <p>事業者は、職員の安全確保と安心して働ける事業所環境の構築に必要な措置を講じます。</p> <p>① 事業所内で優越的な関係を背景とした言動や、業務上必要かつ相当な範囲を超える行為を許容しません。</p> <p>② ハラスメントに関する相談及び苦情処理の相談窓口担当を決め全職員に周知します。</p> <p>③ 研修を通じて、ハラスメントに対する理解を深めると共に、管理者による定期的な面談により、現場におけるハラスメントの発生状況の把握に努めます。</p> <p>④ ハラスメント行為が認められた場合、問題解決の措置として、懲戒処分その他、労働条件及び就業環境を改善するために必要な措置を講じます。</p> |

18. 第三者評価実施について

当事業所の第三者評価の実施状況は以下の通りです。

| | |
|-------|-------|
| 実施の有無 | あり・なし |
|-------|-------|

| | |
|-------------|--|
| 実施した直近年月日 | |
| 実施した評価機関の名称 | |
| 評価結果の開示状況 | |

19. サービス提供開始可能年月日

| | |
|---------------|-------|
| サービス提供開始可能年月日 | 年 月 日 |
|---------------|-------|

20. その他

その他、特に取り決めのない事項は、より良い環境で暮らしていただくために、入居者及びご家族とホームの三者協議において、随時話し合いで解決していきたいと思っております。三者とも満足できる、より良いホーム作りのために、ご協力とご理解をお願いいたします。

なお、この説明書はより良いホームを目指すために、任意に内容を変更いたします。また変更内容は、その都度説明を致します。最新のものは常にホーム内に保管してあり、希望される時はいつでも閲覧できます。

以上、指定共生型生活介護事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日 年 月 日

説明者氏名 _____ ㊞

重要事項説明書の内容説明を受け、了承いたしました。

契約者 _____ 年 月 日

| | | | |
|--------|------------------|------|--------------|
| 利用者氏名 | _____ ㊞ (性別) 男・女 | | |
| 住 所 | 〒 _____ | 生年月日 | 昭・平 年 月 日 |
| 受給者証番号 | _____ | | |

利用者家族または代理人

| | | | |
|-----|-------------------|-----|-------|
| 氏 名 | _____ ㊞ (利用者との関係) | | |
| 住 所 | 〒 _____ | 電 話 | _____ |

身元引受人 (利用者家族または代理人と同じ場合は同上と記入)

| | | | |
|-----|-------------------|-----|-------|
| 氏 名 | _____ ㊞ (利用者との関係) | | |
| 住 所 | 〒 _____ | 電 話 | _____ |

事業者

| | | | |
|---------|--|--|--|
| 事 業 者 名 | 社会福祉法人砥部寿会 デイサービスセンター あったか TEL 089-957-2007 | | |
| 事業所所在地 | 伊予郡砥部町高尾田 1171-2 | | |
| 管 理 者 名 | 石川 和孝 _____ ㊞ | | |

| | |
|-------|-------------|
| 利用開始日 | _____ 年 月 日 |
|-------|-------------|