

「基準該当生活介護 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、社会福祉法人山城会が運営する三好市山城身体障害者デイサービスセンターとサービス利用契約の締結者に対し、厚生労働省令に基づいて当事業所の概要、サービス内容及び契約上の注意事項を説明するものです。

1、サービスを提供する事業者	P. 2
2、利用施設	P. 2
3、サービスの目的・運営方針	P. 2
4、サービスに係る施設・設備等の概要	P. 3
5、サービス提供職員の設置状況	P. 3
6、サービス提供の内容	P. 4
7、利用料金	P. 5～7
8、利用者の記録及び情報の管理等	P. 7
9、虐待防止について	P. 7
10、秘密保持と個人情報の保護について	P. 7
11、緊急時の対応	P. 8
12、要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口	P. 8～9
13、非常災害時の対策	P. 9
14、当事業所ご利用の際に留意いただく事項	P. 9
15、個人情報の使用について	P. 10

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 山城会
所在地	徳島県三好市山城町西宇 1227 番地 4
電話番号	0883-84-1177
代表者氏名	理事長 馬淵 文彦

2. 利用施設

事業所の種類	基準該当生活介護
事業所の名称 (事業所番号)	三好市山城身体障害者デイサービスセンター 3640600031
事業所の所在地	徳島県三好市山城町西宇 1225 番地の 2
連絡先	電話番号：0883-84-1187 FAX : 0883-84-1187
管理者	香川 幸子
サービスの実施地域	三好市山城町・池田町・西祖谷山村・東祖谷
定 員	15名

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者総合支援法に基づいた三好市が実施する、基準該当生活介護事業の委託を受け、事業を実施するものです。事業者は、生活介護計画、（以下「個別支援計画」）に基づき、利用者の心身の状況等に応じて、その者の支援を適切に行うとともに、基準該当生活介護の提供が漫然かつ画一的なものとならないように配慮するものとします。また、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きめの細かな生活介護サービスを提供します。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	木造平屋建
	延べ床面積	453.45 m ²

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員 数	常 勤	非常勤	常勤換算
管理者	1	1 (兼務)		
看護師	1	1 (兼務)		
障害介護職員	1	1	1 (兼務)	1.5

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し基準該当生活介護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	勤務時間帯（8：30～17：30）
看護師	勤務時間帯（8：30～17：30）
障害介護職員	勤務時間帯（8：30～17：30）

(イ) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日（但し祝日並びに 12 月 29 日から 1 月 3 日を除く）

営業時間：午前 8：30～午後 5：30 まで

サービス提供時間：営業日の午前 9：30～午後 3：00 まで

6. サービス提供の内容

(1) 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。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。
送迎サービス	希望により車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。

(2) 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
食事サービス	ご希望により食事の提供をします。 食事時間 昼食 午前11:45～
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。
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く場合があります。(おむつ代等)
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。
入浴サービス	希望により入浴サービスを提供します。 (機械浴・一般浴による入浴サービスです)
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録等の複写代 ・証明書諸書類の発行代等

<サービスの概要>

サービス内容は、「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基準により算出した額）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、負担上限額により、全ての方が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。

(利用料金について)

食事提供体制加算のない方

1、(1)基準該当生活介護Ⅰ（送迎・入浴含む）	6,930円/回		
(2)開所時間が4～6時間未満 (1)×70%	4,851円/回		
(3)開所時間が4時間未満 (1)×50%	3,465円/回		
2、介護職員処遇改善加算Ⅰ 1月につき所定の単位×44/1000	(1) 305円	(2) 213円	(3) 152円
3、うち介護給付費から給付される金額	(1) 6,511円	(2) 4,558円	(3) 3,256円
サービス利用にかかる自己負担金 {(1+2)-3}	(1) 723円	(2) 506円	(3) 362円
食事にかかる負担	550円/回		
利用者負担合計金額（一回ご利用につき）	(1) 1,273円	(2) 1,056円	(3) 912円

利用料金の計算方法により、負担額に多少の誤差が出る事があります。

食事提供体制加算のある方

1、(1)基準該当生活介護Ⅰ（送迎・入浴含む）	6,930円/回		
(2)開所時間が4～6時間未満 (1)×70%	4,851円/回		
(3)開所時間が4時間未満 (1)×50%	3,465円/回		
2、食事提供体制加算	300円/回		
3、介護職員処遇改善加算Ⅰ 1月につき所定の単位×44/1000	(1) 318円	(2) 227円	(3) 166円
4、うち介護給付費から給付される金額	(1) 6,793円	(2) 4,840円	(3) 3,538円
サービス利用にかかる自己負担金 {(1+2+3)-4}	(1) 755円	(2) 538円	(3) 393円
食事にかかる負担	270円/回		
利用者負担合計金額（一回ご利用につき）	(1) 1,005円	(2) 788円	(3) 643円

利用料金の計算方法により、負担額に多少の誤差が出る事があります。

- ・原則、費用の1割を利用者が負担します。（但し、所得区分によってひと月あたりの上限額が設定されています。）
- ・なお、18歳以上の障害者について、障害福祉サービス等の負担上限額を算定する際の「*世帯」の範囲は、個人単位を基本とし、「本人と配偶者のみ」の所得で判断します。
- ・障害福祉サービスの自己負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、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。

*施設に入所する18・19歳は保護者の属する住民基本台帳での世帯

区分	世帯の収入状況	負担上限額(月額)
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯(注1)	0円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割16万円(注2)未満) *入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者を除きます(注3)。	9,300円
一般2	上記以外	37,200円

(注1)3人世帯で障害者基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

(注2)収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。

(注3)入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般2」となります。

(2) 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5：30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5：30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。ただし、体調不良等の正当な理由がある場合はこの限りではありません。

利用予定日の前日までに申し出が無かった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当額)
-----------------------	--------------------------

(3) 利用料金のお支払方法

利用料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求します。翌月10日までにご請求書をお渡しいたしますので、月末までにお支払い頂きます。

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。

(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. 虐待防止について

三好市山城身体障害者デイサービスセンターでは利用者の人権の擁護・虐待防止等の為に、次に掲げる必要な措置を講じます。

- ①研修等を通じて、従業員の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ②個別支援計画の作成など、適切な支援の実施に努めます。
- ③従業者が支援にあたっての悩みや苦勞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。

10. 秘密保持と個人情報の保護について

従業員はサービス提供で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。また、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においても継続します。

1 1. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

1 2. この契約に関する苦情・相談窓口及び虐待等通報先

(1) 当事業所ご利用相談・苦情窓口及び虐待等通報先

氏名	香川 幸子
電話番号	0883-84-1187
受付時間	午前8:30から午後5:30まで

当事業所以外に、区役所・市役所の窓口でも受け付けています。

三好市役所 長寿・障害福祉課	・所在地 : 三好市池田町シンマチ 1500-2 ・電話番号 : 0883-72-7612 ・F A X : 0883-72-7201
徳島県国民健康保険 団体連合会	・所在地 : 徳島県徳島市川内町平石若松 78-1 ・電話番号 : 088-611-0117 ・F A X : 088-666-0228
徳島県運営適正化委 員会	・所在地 : 徳島市中昭和町 1-2 県立総合福祉センター 3階 ・電話番号 : 088-611-9988 ・F A X : 088-611-9995

(2) 苦情解決の方法

当事業所では、苦情解決責任者（施設長）を選定し、利用者から苦情の申し出があれば速やかに苦情処理第三者委員会を開催し誠意を持ってその解決に努めます。

苦情解決責任者	馬淵 文彦
電話番号	0883-84-1177
受付時間	午前9：00から午後5：00まで
第三者委員	橋岡 勉 菅井 弘昭 松浦 光子

1.3. 非常災害時の対策

非常時の対応	非常災害が発生した場合、従業者は利用者の避難等適切な措置を講じます。 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。
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"> ・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・火災通報装置 無 ・スプリンクラー 無 ・消化器具 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分）
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。 加入保険会社名：(株) あいおい総合保険 加入保険内容：介護保険社会福祉事業者総合保険

1.4. 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利用してください。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。

個人情報使用に係る同意書

以下に定める条件のとうり、私（ ）及び家族（ ）は、山城会身体障害者デイサービスセンターが、私及び家族の個人情報を下記に記載する範囲内で所得、使用及び介護サービス事業者等に、提供することに同意します。

1. 利用期間

介護サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- (1) 障害支援サービス計画等を作成するため。
- (2) サービス事業者間の連携とサービス担当者会議での情報提供、サービス担当者に対する照会（依頼）のため。
- (3) 医療機関、社会福祉法人、障害者生活支援センター、介護サービス事業者、行政機関、その他必要に応じた地域団体等との連絡調整のため。
- (4) 主治医の意見を求める必要のある場合における情報提供。
- (5) 事業所内のカンファレンスのため。
- (6) その他サービス提供で必要な場合における情報提供。
- (7) 緊急を要する時の連絡。
- (8) 上記の各号に関わらず、公表してある「利用目的」の範囲。

3. 使用条件

- (1) 個人情報の提供は利用目的の範囲内とし、サービス供に関わる目的以外には決して利用しないこと。またサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさないこと。
- (2) 個人情報を使用した会議の内容などについてその経過を記録し、請求があれば開示すること

令和 年 月 日

基準該当生活介護の提供及び利用の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明し、また個人情報使用同意書に基づいて個人情報の使用及び提供に関わる内容についても説明を行いました。

事業者

事業所名 三好市山城身体障害者デイサービスセンター
事業者住所 徳島県三好市山城町西宇 1225 番地の2
事業者名 社会福祉法人山城会

代表者名 理事長 馬淵 文彦

説明者 所属
氏名

私は、本書面に基づいて事業者から基準該当生活介護について重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

身元保証人等代筆者

住所 _____

氏名 _____

本人との続柄 _____