

指定共生型生活介護 桜園

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、社会福祉法第76条並びに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に基づいて事業所があなたに説明すべき内容は、次のとおりです。

1 サービスを提供する事業者

名 称	有限会社 桜園
所 在 地	和歌山市紀三井寺 437-1
電 話 番 号	073-441-6426
代 表 者 氏 名	取締役 岡崎 正美
設 立 年 月	1999 年 10 月 12 日

2 利用施設

事 業 所 の 種 類	共生型生活介護
事 業 所 の 名 称	桜園 事業所番号 第 3010123937 号
事 業 所 の 所 在 地	和歌山市紀三井寺 437-1
連 絡 先	T E L 073-441-6426 F A X 073-441-6414
管 理 者	岡崎 敦思
サービスの実施地域	和歌山市
主 たる 対 象 者	特定なし
定 員	13 名

3 サービスの目的・運営方針

目 的	生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練・レクリエーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図る
運 営 方 針	要介護者の心身の特性を踏まえ、その能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、施設において食事の提供、機能訓練等を行い、利用者の社会的孤立感の解消及び心身の機能の維持に並びに利用者家族の身体的及び精神的負担の解消を図る 事業の実施に当たっては、関係市町村や事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの緊密な連携を図り、総合的なサービスに努めるも

	のとする
--	------

4 サービスにかかる施設・設備等の概要

(1) 事業所設備

	部屋数	備 考
食 堂 兼 機 能 訓 練 室	1 室	4 0 m ²
相 談 室	1 室	
静 養 室	1 室	ベッド2台
洗 面 所	1 ヶ所	
ト イ レ	2 ヶ所	男女共用

5 サービス提供職員の設置状況

(1) 職員の配置

職 種	員 数	備 考
管 理 者	1 以上	生活支援員と兼務
生 活 支 援 員	1 以上	
看 護 師 ・ 准 看 護 師	1 以上	
機 能 訓 練 指 導 員	1 以上	
従 業 者	1 以上	

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。

(2) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管 理 者	8：30～17：30、
生 活 支 援 員	8：30～17：30、
看 護 師 ・ 准 看 護 師 機 能 訓 練 指 導 員	サービス提供にあたって必要とされる時間帯

(3) 営業日と営業時間等

営業日

事業所営業日	月曜・火曜・水曜・金曜・土曜 但し 12/29～1/3 は休日とする
--------	------------------------------------

営業時間

事業所営業時間	午前8時30分～午後5時30分
---------	-----------------

6 サービス提供の内容

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所が作成し、利用者の同意をいただきます。なお、「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

(1) 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。 送迎、入浴、排せつ、食事などの介護 生活等に関する相談及び助言、健康状態の確認やその他利用者に必要な日常生活上の世話及び機能訓練・レクリエーションを行うことにより、利用者の心身機能の維持・向上を図ります。
食事サービス	食事を提供します。 当事業所は年齢や障害の特性に応じた適切な栄養量及び内容の食事を提供します。また、1年に1回、利用者の嗜好を調査し、その内容を献立に反映します。

7 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等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割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、残りの1割が利用者負担分となります。なお、定額負担又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) その他利用料

送迎代	実施地域以外片道1kmごとに40円加算
食事代	昼食 550円 おやつ 100円
時間延長	1時間1000円
その他	オムツ類・整容品・レクリエーションにかかる費用・行事にかかる費用などは別途必要

キャンセル料

お客様の都合でサービスの利用を中止する場合、下記のキャンセル料が必要です

場合	料金
利用日の前営業日午後５時半までに連絡があった場合	無料
利用日の当日午前８時３０分までに連絡があった場合	利用者負担金の５０％の額
利用日の当日午前８時３０分までに連絡がなかった場合	利用者負担金の全額

＊当事業所の休日にご注意下さい

＊但し食事に関しては、利用日前日までとしその後の場合は全額請求致します

利用料金の支払い方法

毎月１０日までに前月分の請求をいたしますので、毎月１５日までにお支払い下さい

お支払い後、領収書を発行いたします

お支払方法は 紀陽銀行・郵便局・きのくに信用金庫からの引落とし もしくは集金となります。

８ 秘密の保持と個人情報の保護について

- (１) 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。
- (２) 事業者及び事業者の使用する者「以下「職員」という」はサービス提供をする上で、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、サービス提供契約の終了後も継続します。
- (３) 事業者は、職員に業務上知り得た利用者またはその家族の秘密を保持されるため、職員である期間及び職員でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を職員との雇用契約の内容とします。
- (４) 利用者及び利用者の家族の個人情報は、利用者にあらかじめ文書で同意を得ない限り、個人情報をサービス担当者会議等で使用したり、他の福祉サービス事業者等に提供しません。
- (５) 事業者は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当該サービスの提供した日から５年間保管します。処分の際も第三者への漏洩を防止するものとします。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は事業所営業日 ９：００～１７：００ です。

９ 緊急時の対応

サービス提供中に、利用者の病状が急変した場合等の緊急時には、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者があらかじめ指定する連絡先にも連絡します。

利用者のかかりつけ 医療機関	主 治 医： 医療機関名： 所 在 地： 電 話 番 号：
-------------------	--

緊急連絡先	氏 名：	続柄：
	住 所：	
	電話番号：	

10 事故発生時の対応方法について

利用者に対する障害福祉サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに必要な措置を講じます。

また、利用者に対する障害福祉サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

損 害 保 険 会 社 名	損害保険ジャパン株式会社
損 害 保 険 の 種 類	ウォームハート

11 非常災害時の対策

当事業所は、消火器等の防災設備や、災害、非常時に備えて必要な設備を設けるとともに、非常災害等に対して具体的な防災計画・避難計画等をたて、計画に沿った訓練を利用者とともに定期的の実施いたします。

12 業務継続計画の策定等

事業所は感染症非常災害の発生において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（「業務継続計画」という）を策定し当該業務継続計画に従い必要な措置をこうじます。

- （１） 事業者は従業員に対し業務継続計画について周知するとともに必要な研修及び訓練を定期的に行います。
- （２） 事業所は定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

13 感染症の予防及びまん延の防止の為の措置

事業所は感染症又は食中毒が発生し又はまん延しないように次の各号に掲げる措置を講ずるように努めます。

- （１） 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為に対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果について従業員に周知徹底を図る。
- （２） 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の為の指針を整備する。
- （３） 事業所において従業員に対し感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止の為の研修並びに訓練を定期的の実施する。

14 要望・苦情等申立の窓口及び苦情解決の体制及び手順

- (1) 提供した指定就労継続支援等に係る利用者とその家族からの相談や要望及び苦情を受け付けるための窓口を設置しています。

当 事 業 所 利 用 相 談 窓 口	窓口担当者 : 岡崎 正美 苦情解決責任者: 岡崎 正美 受付時間 : 平日 8:30~17:00 ※窓口担当者の不在時は、他の職員に申し出てください。 窓口担当者より折り返し、ご連絡させていただきます。
和 歌 山 市 役 所 障 害 者 支 援 課	所 在 地: 和歌山市七番丁23番地 電話番号: 073-435-1060 F A X: 073-431-2840 受付時間: 平日 8:30~17:15 (木曜日のみ19:00まで)
和歌山県福祉サービス 運 営 適 正 化 委 員 会	所 在 地: 和歌山市手平2丁目1-2 県民交流プラザ和歌山ビッグ愛7階 電話番号: 073-435-5527 F A X: 073-435-5584 相談受付時間: 平日 9:00~17:30

- (2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 相談または苦情があった場合、利用者の状況を詳細に把握するため、必要に応じ状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行います。
- ② 苦情解決責任者は、把握した状況を他の職員とともに検討し、対応を決定します。
- ③ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行います。(時間を要する場合はその旨を翌日までに連絡します。)

15 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- (1) 人権擁護推進員を選定しています。

人権擁護推進員	岡崎 敦思
---------	-------

- (2) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	岡崎 敦思
-------------	-------

- (3) 成年後見人制度の利用を支援します。
(4) 苦情解決体制を整備しています。

- (5) 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- (6) サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市町村に通報します。

16 身体拘束の禁止

事業所は原則として利用者に対して身体拘束等を行いません。但し、自傷他害等のおそれがある場合など 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者・養護人に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容について記録します。

身体拘束等の適正化を図るため次に掲げる措置を講じます

- (1) 身体拘束等の適正化の為の対策を検討する委員会を定期的開催するとともにその結果について従業員に周知徹底を図ること。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備すること。
- (3) 従業員に対し身体拘束等の適正化の為の研修を定期的実施する。

17 職場におけるハラスメントの防止

事業所は適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業員の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化の必要な措置を講ずる。

18 協力医療機関

医 療 機 関 の 名 称	医療法人 弘智会 上山病院
診 療 科 目	内科、外科、
所 在 地	和歌山市内原 998
電 話 番 号	073-446-1200

19 当事業所を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は弁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。自己管理の難し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。

20 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

第三者評価の実施の有無	なし
直近の実施年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	

指定障害福祉サービス共生型生活介護 桜園 のサービス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。

令和 年 月 日

事業所名：桜園

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共生型生活介護 桜園 のサービス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： _____

代理人等住所： _____

氏 名： _____

続 柄： _____