

## 南部障害者福祉センター「指定生活介護事業」利用契約 重要事項説明書

この重要事項説明書は、南部障害者福祉センターが提供する指定生活介護について、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条並びに障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

### 1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 高知市社会福祉協議会
所在地	高知市丸ノ内1丁目7番45号
電話番号	088-823-9515
代表者氏名	会長 吉岡 章
設立年月	昭和42年3月23日

### 2. 事業所の概要

事業の種類	指定生活介護 平成24年10月1日 高知市指定
事業所の名称 (事業所番号)	社会福祉法人 高知市社会福祉協議会 南部障害者福祉センター 3910150089
事業所の所在地	高知市百石町3丁目1番30号 高知市南部健康福祉センター内
電話及びFAX番号	TEL 088-878-9070 FAX 088-878-9071
事業実施地域	高知市
営業日及び営業時間	月曜日から土曜日 午前9時45分から午後3時45分まで (但し、12月29日から1月3日までを除く)
主たる対象者	特定なし
定員	20名
開設年月日	平成18年10月1日

### 3. 事業の目的・運営方針

目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、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、入浴、排せつ及び食事の介護、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肌理の細かな生活介護のサービスの提供を行う事を運営の方針としています。
------	--

#### 4. サービスに係る施設・設備等の概要

##### (1) 施設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造り 2階建 (耐火建築物) (耐震構造)
	延べ床面積	342㎡

##### (2) 主な設備

	部屋数	備考
機能訓練室	1室	
プレイルーム	1室	テーブル・椅子
相談室	1室	テーブル・ソファ
会議室	1室	テーブル・椅子
便所	4室	車椅子用 2室
浴室	1室	
事務室	1室	
洗面設備		

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

#### 5. サービス提供職員の設置状況

##### (1) 職員の員数

職 種	指定基準
管理者	1人
サービス管理責任者	1人
看護職員	1人以上
生活支援員 ※介護福祉士・ヘルパー2級課程修了者	6人以上

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。

(2)各職種の勤務体制

職 種	勤務 体制
管理者	勤務時間帯(8:15~17:15)
サービス管理責任者	勤務時間帯(8:15~17:15)
看護職員	勤務時間帯(8:15~17:15)
生活支援員	勤務時間帯(8:15~17:15)(8:15~13:15)等

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。
創作的活動及びレクリエーションの機会の提供	創作的活動及びレクリエーション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玄関から玄関への送迎を行います。
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)

(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	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。	実費
創作的活動及びレクリエーションに係る材料費等	創作的活動及びレクリエーションを行う上で必要となる費用で、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
その他	サービス提供記録等の複写代 その他	実費

## 〈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。当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。なお、「個別支援計画」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の料金

上記サービスの利用に対しては事業にかかる費用の9割が給付の対象となり、事業者へ代理受領によって支払われます。利用者は、利用者負担として別紙の「重要事項説明書」に記載する利用料金表に基づき、事業にかかる費用の1割を事業者にお支払いいただきます。

なお、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の料金

上記「6. サービス提供の内容(2)介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。また、料金に関しては職員にお尋ねください。

#### (3)利用料金のお支払方法

前記(1)の料金は1ヶ月ごとに計算し、(2)の料金は1ヶ月ごとに計算、またはその都度ご請求しますので、請求があった月の25日までに当事業所窓口で現金でお支払い下さい。

### 8. サービス利用のキャンセルについて

利用予定日の当日午前8時30分までに利用者の都合によりサービスを中止することが出来ます。利用者が、サービス利用を取り消し(キャンセル)する場合は、事前に次の連絡先までお申し出ください。 南部障害者福祉センター TEL 878-9070

### 9. 相談窓口及び苦情の対応について

※別紙参照

### 10. 第三者による評価の実施状況

※別紙参照

### 11. 協力医療機関

医療機関の名称	吉村神経内科リハビリクリニック
所在地	高知市百石町2丁目2番1号
電話番号	088-832-6431
診療科	内科・神経内科・外科・放射線科・リハビリテーション科

### 12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	別途定める消防計画に則り、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>・ガス漏れ報知器 有</li> <li>・非常用電源 有</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> <li>・震災に備えての備蓄(食糧・飲料水7日分)</li> <li>・誘導灯 有</li> <li>・非常通報装置 有</li> <li>・室内防火栓 有</li> </ul>
防火管理者	高知市南部健康福祉センター センター長
保険加入	事故に備えて、損害賠償保険に加入しています。 ・引受保険会社名:損保ジャパン株式会社 ・加入保険内容 :しせつの損害補償

### 13. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の使用	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	敷地内(建物を含む)での喫煙は禁止されております。
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、営利活動等	利用者の信仰、思想は自由ですが、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。また他の利用者に迷惑となる行動、言動等もご遠慮ください。これに反した場合、利用をお断りすることがあります。

### 14. ハラスメントについて

当事業所は、介護現場で働く職員の安全確保と安心して働き続けられる労働環境が築けるようハラスメントの防止に向け取り組みます。

(1) 事業所内において行われる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下記の行為は組織として許容しません。

- ① 身体的な力を使って危害を及ぼす(及ぼされそうになった)行為
- ② 個人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為
- ③ 意に沿わない性的言動、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為

上記は、当該法人職員、取引先業者の方、ご利用者及びその家族等が対象となります。

(2) ハラスメント事案が発生した場合、マニュアル等を基に即座に対応し、再発防止会議等より同時案が発生しないための再発防止策を検討します。

(3) 職員に対し、ハラスメントに対する基本的な考え方について研修等を実施します。

(4) ハラスメントと判断された場合には行為者に対し、関係機関への連絡、相談、環境改善に対する必要な措置、利用契約の解約等の措置を講じます。

## 15. 虐待の防止のための措置

当事業所は、利用者の人格を尊重する視点に立ったサービスに努め、虐待の防止のため次の措置を講じます。

- (1) 虐待を防止するための職員に対する研修の実施
- (2) 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備
- (3) その他虐待防止のために必要な措置

事業者は、虐待を受けている恐れがある利用者を発見した場合、ただちに防止策を講じ、市町村へ報告します。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

指定生活介護事業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及び重要事項説明書・利用料(別紙)の説明を行いました。

事業所名 社会福祉法人 高知市社会福祉協議会  
南部障害者福祉センター

説明者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護の提供及び利用について重要事項の説明を受け、指定生活介護の提供開始に同意しました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 ( )

代筆者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 ( )

# 個人情報使用同意書

私の(及び私の家族に関する)個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

## 記

### 1. 使用する目的

私のための計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、事業者との連絡調整等において必要な場合。

### 2. 使用する期間

令和 年 月 日から本契約の満了日まで

### 3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人 高知市社会福祉協議会 様

利用者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 ( )

代筆者 住 所

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

続 柄 ( )

別紙 1

5. 管理者

管理者名	政平 和也
サービス管理責任者名	政平 和也

7. サービス利用料

利用1回あたりの金額

障害程度区分	介護給付費が 給付される金額	利用負担額	加算
2	5,200円	520円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・人員配置体制加算 3,210円</li> <li>・福祉専門員配置加算 150円</li> <li>・常勤看護職員等配置加算 840円</li> </ul>
3	5,710円	571円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・視覚・聴覚言語障害者支援加算 410円</li> <li>・重度障害者支援加算 500円</li> </ul>
4	6,400円	640円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・食事提供加算 300円</li> <li>・送迎加算(片道) 490円</li> <li>・初期加算 300円</li> </ul>
5	9,290円	929円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・欠席時対応加算 940円</li> <li>・上限管理加算 1,500円/月</li> <li>・訪問支援特別加算</li> </ul>
6	12,460円	1,246円	<ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉・介護職員処遇改善加算</li> <li>・福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算</li> </ul>

加算

<人員配置体制加算> 当事業所に適切な人員が配置されていることにより、1日につき加算されます。

<福祉専門職員配置等加算> 当事業所に福祉専門職員が適切に配置されていることにより1日につき加算されます

<常勤看護職員等の配置加算> 当事業所に看護職員が適切に配置されていることにより1日につき加算されます。

<視覚・聴覚言語障害者支援加算> 視覚・聴覚・言語機能に重度の障害がある利用が一定数障害者支援体制加算以上であって、意思疎通に関し専門性を有する職員を一定数以上配置している場合、1日につき加算されます。

< 重度障害者支援加算 > 人員配置体制・常勤看護職員等配置の両加算の要件を超える人員配置をしている場合に上乗せとして1日につき加算されます。

<食事提供加算> 収入が一定額以下の利用者に対して、事業所が食事を提供した場合1日につき加算されます。(障害福祉サービス受給者証に記載されている負担上限額により異なります。)

<送迎加算> サービス利用時に送迎させて頂くことで加算されます。

<初期加算> 利用を開始した日から起算して30日以内の期間について1日につき加算されます。

<欠席時対応加算> サービス利用を予定していた日に急病等によりその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回まで加算されます。

<利用者負担上限額管理加算> 当事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合、1ヶ月に1回加算されます。

<訪問支援特別加算> 利用者の居宅へ訪問し、家族等の相談や調整を行い、計画の見直しや、今後もサービスを継続して利用できるように働きかけた場合に算定できる加算です。また連続して5日間利用のない利用者に対し、居宅を訪問して、相談援助などを行った場合にも算定できる加算です。

< 福祉・介護職員処遇改善加算 > 所定単位の4.4%が加算されます。(加算額に相当する福祉・介護職員の賃金改善を行っていること等のほか、「キャリアパス要件」及び「定量的要件」を満たす場合)

<福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算> 一か月あたりのサービス利用単位数(介護職員処遇改善加算及び介護職員等特定処遇改善加算以外の加算・減算を含む)に別途1.1%相当の介護職員等ベースアップ等支援加算率が加わります。

## 9. 相談窓口・苦情対応・虐待相談窓口

(1) 当事業所における苦情やご相談は、次の窓口で対応します。

当施設苦情受付窓口 当施設虐待受付窓口	受付窓口	高知市社会福祉協議会 在宅生活応援課
	電話番号	088-820-6865
	FAX番号	088-823-8109

	相 談 員	苦情受付担当者 在宅生活応援課長 楠本 太	
	受 付 時 間	午前8:30～午後5:30	
苦情解決責任者	電話番号	088-823-9515	事務局長
	FAX 番号	088-823-8059	竹島 直孝

(2) その他の苦情受付窓口

第三者委員	入交 征章	電話番号	088-860-2275
	林 輝男	電話番号	088-846-5930
	高野 亜紀	電話番号	088-879-0217

(3) 公的機関においても、次の機関に対して苦情の申し立てが出来ます。

高知市 障がい福祉課	所在地	高知市本町5丁目1番45号	
	電話番号	088-823-9378	
	FAX	088-823-9370	
	受付時間	午前8:30～午後5:15	
高知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地	高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ内	
	電話番号	088-802-2611	
	FAX	088-872-6211	
	受付時間	午前9:00～午後4:00	
高知市障害者虐待防止 センター (高知市障がい福祉課内)	所在地	高知市本町5丁目1番45号	
	電話番号	088-822-4715	
	FAX	088-875-6684	
	電子メール	kc-120300@city.kochi.lg.jp	
	受付時間	午前8:30～午後5:15	

10. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	<input type="checkbox"/> 2 なし		