

はーとさぽーと 阿久和

生活介護事業 重要事項説明書

(事業者)

所在地 神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南 4-8-294

事業者名 社会福祉法人 恵正福祉会 はーとさぽーと阿久和

あなたに対する生活介護サービス提供にあたり、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 恵正福祉会
所 在 地	神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南 3-29-1
電 話 番 号	045-390-3311
代表者氏名	理事長 相澤 隆二
設立年月日	平成17年4月15日

2. 利用施設

事業の種類	指定生活介護事業所
事業の名称 (事業者番号)	はーとさぼーと 阿久和 横浜市1413400407
事業所の所在地	神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南 4-8-294
連 絡 先	電話番号 045-459-6262 ファックス 045-459-6288
管 理 者	知久 育弘
サービス管理責任者	小林 健一
サービスの実施地域	横浜市（その他）
主たる対象者	知的障害者・精神障害者
定 員	20名（就労継続B型14名・生活介護6名）
開設年月日	平成30年1月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	生活上に必要な介護・支援を受ける事で日常生活に必要なスキルを身につける事を目的とする。また、適切な相談、助言、支援を行う。
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かつきめの細かな生活介護のサービスの提供をします。

4. サービスにかかわる施設・設備等の概要

(1) 施 設

建 物	構 造	木造 2階建て
	延べ床面積	288.06 m ²
	主たる事業所面積	288.06 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	部屋数	備 考
事務所	1	
訓練作業室	1	
多目的室	2	共用
相談室	1	共用
洗面所	1	共用
便所	5	共用

当施設では、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

職 員	員 数	常勤換算	備 考
管理者	1 名以上	0.2	
サービス管理責任者	1 名以上	0.5	
医師	1 名以上	0.1	
看護師	1 名以上	0.1	
生活支援員	1 名以上	1.0	

当施設では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定障害者福祉サービスを提供する職員として、上記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) 各職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	正規の勤務時間帯 8：45～17：45
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 8：45～17：45
職業指導員	正規の勤務時間帯 8：45～17：45
生活支援員	正規の勤務時間帯 8：45～17：45
医師・看護師	医師（月1日）看護師（週1日）緊急時はその限りではない

(イ) サービス提供の曜日と時間

曜日：月曜日～金曜日（余暇等プログラム内容により土日祝あり）

休日：土曜日、日曜日、祝日

年末年始（12/30～1/3）曜日により変動あり

時間：10：00～16：00 まで

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
相談及び支援	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、支援等を行います。
介護	日常生活に必要な介護等の支援を行います。
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回を限度としてあらかじめ同意を得た上で支援を行います。
健康管理	医師・看護師と連携し日常生活上必要なバイタルチェックや服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。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

サービスの内容	サービスの内容	金額
行事等	行事等に参加された場合は、実費請求をさせていただきます。	実費

(3) 工賃支給

(工賃支払方法)

工賃は、直接利用者本人に対し、給料袋現金にて支払うものとし、工賃受け取り確認書への受取日の記載と捺印にて事業所に提出する事で確認する。ただし、本人が捺印することが困難である場合には、代理者が受取日の記載と捺印する事ができる。

(工賃の計算期間及び支払期日)

工賃は、毎月1回、1日から末日までの分を翌月20日に支払う。ただし、支払日が休日にあたる場合は、その翌日の通所日に支払う。また、通所の都合でやむを得ない場合は、支払日を他の日にあてる事がある。

(工賃の計算)

工賃の計算は、生産活動にかかる事業の収入から当該活動に係る事業に必要な経費を控除し額に相当する金額を工賃として支払うものとする。

(工賃支給額)

支給額は活動時間10:00～16:00のうち昼休憩(1時間)を除いた時間給100円とし1時間あたりの時間給に1カ月の総労働時間(作業実務時間)を乗じて得た額とする。

7. サービス提供・記録

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、利用者の同意を頂きます。尚「個別支援計画書」の写しは利用者へ交付いたします。また、事業者は、利用者に対するサービスの提供に関する記録を整備し、その完結の日から5年間保存します。

8. 利用料金

(1) 訓練等給付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頂きます。(定率負担または利用者負担額といいます)尚、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。障害者福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

「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) サービス利用の取り消し

利用者がサービス利用の取り消し(キャンセル)をする場合は、利用予定日の3日前までに当事業所までにお申し出ください。

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)の料金は1ヵ月毎に計算し、翌々月上旬にご請求しますので、翌々月末日頃までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 当事業所窓口での現金支払い

② 指定口座への振込み

③ 金融機関口座からの口座振替による自動払込

指定口座振込先

金融機関名	J A 横 浜
支店名	原 支 店
金融機関番号	5 1 1 4
店舗番号	0 1 1
口座の種類	普 通
口座番号	0 0 0 3 0 2 6 9
口座の名義	シャカイフクシホウジンケイセイフシカイ リジチョウ アイザワリュウジ 社 会 福 祉 法 人 恵 正 福 祉 会 理事長 相澤 隆二

※「振込」にかかる手数料は、利用者負担となります。

③の金融機関口座からの口座振替による自動払込の場合の注意事項

※「口座振替による自動払込」を行うためには、別途、お手続きが必要になります。

※「口座振替による自動払込」にかかる手数料は、利用者負担となります。

(5) 事業者は、利用料のお支払いと引き換えに利用者又は利用者代理人等に対して、領収書を発行します。

(ア) 「現金」によるお支払いの場合には、お支払いと引き換えにその場で、領収書を発行します。

(イ) 「振込」「口座振替による自動払込」によるお支払いの場合には、入金確認後、領収書を発行します。

9. 利用者の記録及び情報管理等

(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、午前8：45～17：45です。

(2) 利用者の個人情報について、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者及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関係機関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します。

10. 緊急時の対応

事業者は、サービス提供に際して、利用者に急変、体調不良、事故等がみられた場合には、利用者代理人、家族等への連絡その他適切な措置を迅速に行なうと共に、速やかに医療機関での診察を依頼します。

11. 身体拘束その他行動を制限する行為の禁止

身体拘束その他行動を制限する行為の禁止

事業者は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他の利用者の行動を制限する行為(以下「身体拘束」という。)を行わないものとします。

また、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

事業者は、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ための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知徹底

(2) 身体拘束等の適正化のための指針整備

(3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修の定期的な実施

1 2. 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、次に掲げる措置を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者の選定及び設置をします。

(2) 成年後見制度の利用支援を行います。

(4) 従業者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。

(5) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者への周知徹底をします。

[事業者虐待防止責任者]

管理者 小林 健一

1 3. 感染症の予防のための取り組み

事業者は、事業所において感染症の発生及びまん延しないように、次の対応を行うよう努めます。

(1) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催及びその結果について従業者へ周知します。

(2) 事業所における感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。

(3) 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練の定期的な実施します。

1 4. 事業継続計画に関する取り組み

事業者は、感染症や非常災害の発生時においても、利用者に対する必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するための、業務継続計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な対応を行うよう努めます。

2 事業者は、従業者に対し、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な実施する。

1 5. 要望・苦情等申立に関する相談窓口

(1) 利用者または利用者代理人等は、提供されたサービスに関して苦情がある場合には、事業者、市町村又は運営適正化委員会に対しいつでも苦情を申し出ることができます。

(2) 事業者は、苦情対応の窓口担当者及び責任者、その連絡先を明らかにし、苦情の申し出または相談があった場合には、迅速かつ誠実に対応します。

- (3) 施設は、利用者及び利用者代理人等が苦情申し出等を行ったことを理由として何らの不利益な取り扱いはしません。

[事業者相談窓口]

電話番号	0 4 5 - 4 5 9 - 6 2 6 2
ファクシミリ番号	0 4 5 - 4 5 9 - 6 2 8 8
苦情受付担当者	星 恵利
苦情解決責任者	知久 育弘
ご利用時間	平日の 8:45～17:45

[市町相談窓口]

機関名	横浜市健康福祉局障害福祉保健部障害施設サービス課
所在地	横浜市中区本町6-50-1 15階
電話番号	0 4 5 - 6 7 1 - 3 6 0 7

[市町相談窓口]

機関名	横浜市瀬谷区役所 高齢障がい支援課
所在地	神奈川県横浜市瀬谷区二ツ橋 190
電話番号	0 4 5 - 3 6 7 - 5 7 1 5
ファクシミリ番号	0 4 5 - 3 6 4 - 2 3 4 6

[市町相談窓口]

機関名	横浜市福祉調整委員会事務局
所在地	横浜市中区本町6-50-1 15階
電話番号	0 4 5 - 6 7 1 - 4 0 4 5
ファクシミリ番号	0 4 5 - 6 8 1 - 5 4 5 7

[市町相談窓口]

機関名	かながわ福祉サービス運営適正化委員会
所在地	横浜市神奈川区反町3-17-2 神奈川県社会福祉センター内
電話番号	0 4 5 - 3 1 1 - 8 8 6 1
ファクシミリ番号	0 4 5 - 3 3 1 2 - 6 3 0 2

[第三者委員]

理事長	飯田 誠 NPO法人でっかいそら
所在地	横浜市瀬谷区5-3-24
電話番号	0 4 5 - 3 0 2 - 1 2 0 1
ファクシミリ番号	0 4 5 - 3 0 2 - 2 2 2 1
施設長	伊藤美佐 社会福祉法人げんき
所在地	東京都品川区東大井5-23-16-113
電話番号	0 3 - 3 4 7 4 - 2 5 1 5
ファクシミリ番号	0 3 - 3 4 7 4 - 2 5 1 6

16. 協力医療機関

当事業所は、下記の医療機関に協力いただいております。

医療機関の名称	林内科クリニック
医院長名	林 克尚
所在地	横浜市泉区上飯田町 938 いずみ中央クリニックビル 1 階
電話番号	0 4 5 - 8 0 5 - 1 1 3 0
診療科	内科
病床数	0 床

注意 1 上記の協力医療機関での優先的な診療や入院治療を保証するものではありません。
また、上記の協力医療機関での診療や入院治療を義務づけるものではありません。

15. 損害賠償

- (1) 事業者は、サービスの提供により事故が発生し、利用者に損害が発生した場合には、天変地異などの不可抗力による場合を除き、事業者の責任に帰すべき事由がある場合は、事業者が事故発生に備えて加入した損害保険で、速やかに利用者の損害を賠償します。
- (2) 上記の場合において、利用者に重過失がある場合には、事業者は、損害賠償を免除されます。または損害賠償の額を減額することができます。
- (3) 事業者は、万一の事故発生に備えて、損害責任保険に加入しています。
- (4) 利用者及び利用者代理人等の責任に帰すべき事由により、当事業所が損害を受けた場合は(例：装置、設備、備品の破損及び紛失等)は、利用者及び利用者代理人等は連帯して事業者はその損害を賠償します。

16. 非常災害対策

非常時の対策	別途定める、消防計画書により対応します	
消防訓練	防火教育及び基本訓練 (消火・通報・避難)	年 2 回以上
	利用者を含めた総合避難訓練	年 1 回以上
防火設備	スプリンクラー 消火器 自動火災報知機 誘導灯 避難階段 カーテン等は防火性能のあるものを使用 その他、懐中電灯等	

17. 当事業所ご利用の際に禁止・留意頂く事項

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、賠償して頂くことがあります。また、これらを事業所外に持ち出すこと。
----------	--

喫煙・火気使用	指定された場所以外で火気を使用すること、また、館内での喫煙は禁止です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理して頂きます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所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。
その他	・事業所内の秩序、風紀を乱し、他の利用者に迷惑を及ぼすこと。 ・ペットを無断で持ち込むこと。盲導犬の同伴は事前にご相談してください。対応します。 ・指定された場所・時間・方法以外での携帯電話の使用は、禁止されています。 ・事業所内での飲酒はできません。

事業者は、重要事項説明書に基づいて、指定障害者福祉サービス生活介護サービスの内容及び重要事項の説明を行いました。本重要事項説明書を2通作成し、利用者又は利用者等及び事業者は、署名又は記名押印のうえ、各自その1通を保有するものとします。

____年 ____月 ____日

(事業者) 住 所 神奈川県横浜市瀬谷区阿久和南4-8-294

事業者 社会福祉法人 恵正福祉会 は一とさぼーと阿久和

代表者名 理事長 相澤 隆二 印

(説明者) 職 種 管理者

氏 名 印

私は、重要事項に基づいて事業者から指定障害者福祉サービス生活介護のサービス提供及び利用について説明を受け、同意しました。

____年 ____月 ____日

(利用者) 氏 名 印

住所

(署名代行者) 氏 名 印

利用者との関係

署名代行の理由