**生活介護事業所重要事項説明書**

当事業所では、利用者へ指定居宅介護サービスを提供します。

当サービスの利用は、原則として介護給付の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、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条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

社会福祉法人　伊賀市社会事業協会

指定居宅介護事業所　かしの木ひろば

当事業所は三重県の指定を受けています。

（居宅介護　三重県指定　第241120004711号）

（重度訪問介護　三重県指定　第241120004712号）

（行動援護　三重県指定　第241120004713号）

（同行援護 三重県指定　第241120004714号）

◇◆目次◆◇

**1．サービスを提供する事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 3 -**

**2．利用事業所・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 3 -**

**3．事業実施地域・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 -**

**4．営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 –**

**5．サービスに係る設備等の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 –**

（1）施設設備の概要**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 -**

（2）施設・設備ご利用上の注意事項**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 -**

**6．従業者の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 4 -**

（1） 〈主な従事者の配置状況〉**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 5 -**

（2） 〈主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）〉 **・・・・・- 5 -**

**7．当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第5条参照）・・・・・・・・- 5 -**

（1）当事業所が提供するサービスと利用料金 **・・・・・・・・・・・・・・・・・- 5 –**

（2）利用者負担額の上限等について**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 9 -**

（3）7以外のサービス**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 –**

（4）利用料金・費用のお支払方法**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 -**

**8．サービスの利用に関する留意事項 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 -**

（1）サービス内容の変更**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 -**

（2）受給者証の確認（契約書第3条参照）**・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 -**

（3）健康診断書の提出**・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 10 -**

**9．虐待の防止について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 11 -**

**10．身体拘束の適正化について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 11 -**

**11．やむを得ず身体拘束を行なう場合・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 11 -**

**12．緊急時の対応について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 12 -**

**13．非常災害時の対策について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 12 -**

**14．衛生管理について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 12 -**

**15．利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第8条第6項参照）・・・・- 13 -**

**16．損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）・・・・・・・・・・・・・・・・- 13 -**

**17．苦情の受付について（契約書第15条参照）・・・・・・・・・・・・・・・・- 13 -**

**（1）当事業所における苦情の受付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 13 -**

**（2）第三者委員・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 13 -**

**（3）行政機関その他の苦情受付機関 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・- 13 -**

**1．サービスを提供する事業者**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 | 社会福祉法人　伊賀市社会事業協会 |
| 所在地 | 三重県伊賀市朝屋739番地の2 |
| 電話番号 | 0595-21-5545 |
| 代表者氏名 | 理事長　藪内　勝 |
| 法人の設立年月 | 昭和27年5月17日 |

**2．利用事業所**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の種類 | 生活介護事業所  平成18年10月1日指定  三重県　第241120004722号 |
| 事業所の名称と目的 | 生活介護事業所　かしの木ひろば |
| 生活介護 |
| 主たる対象者 | 障害支援区分３以上  （50歳以上は区分２以上） |
| 事業所の所在地と  連絡先 | 三重県伊賀市上野寺町1184番地の2 |
| TEL・FAX 0595－21－2745 |
| ［施設長(管理者)］ | 上村　文則 |
| ［サービス管理責任者］  ［意思決定支援責任者］ | 荒關　良子 |
| 施設の運営方針 | 利用者の自立の促進、生活の質の向上等を図ることができるよう、必要な日常生活上の援助および機能訓練等を行なうことにより、利用者の社会的孤立感の解消および心身機能の維持向上並びに利用者の家族の身体的および精神的負担の軽減を図る。 |
| 事業所の開設年月 | 平成18年10月1日 |
| 定員 | 20人 |
| 事業所が行なっている他の業務 | 居宅介護事業（重度訪問介護事業）  行動援護事業　同行援護事業、訪問介護事業 |

**3．事業実施地域**

　 　　　伊賀市全域

**4．営業時間**

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | 毎週月曜日～金曜日（祝日も営業）  （12月29日～1月3日を除く） |
| サービス提供時間 | 営業日の午前8時30分～午後5時30分 |
| 利用定員 | 20名 |

**5．サービスに係る設備等の概要**

　（１）施設設備の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設設備の種類 | 数量 | 備　考 |
| 日常生活訓練室  食堂 | １室 | 畳スペース、喫茶･図書コーナー |
| 創作活動室  （作業室） | １室 |  |
| 相談室 | １室 |  |
| 社会適応訓練室 | １室 |  |
| 浴室 | １室 | 機械浴槽、一般浴槽 |
| 便所 | ４室 |  |
| 洗面所 | ３箇所 |  |
| エレベータ室 | １室 |  |
| 消火その他  災害対応 | 一式 | 火災報知設備  消火器13本、屋外非常階段 |

（2）施設・設備ご利用上の注意事項

　 当事業所において、居室その他の設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

①喫煙は定められた場所で行なってください。

②備品を使用される場合は必ず職員にお申し出いただき、大切に取り扱ってください。

**6．従業者の配置状況**

従業者の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業者を配置しています。

（1）<主な従業者の配置状況>

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職　　　　　　種 | 常勤換算 | 常　勤 | 非常勤 | 指定基準 |
| 施設長（管理者） | 1名 | 1名 |  | 1名 |
| サービス管理責任者 | 1名 | 1名 |  | 1名 |
| 医師 |  |  | 1名 |  |
| 看護職員（看護師） | 1.1名 | 1名 | 1名 | 7.6名 |
| 理学療法士 | 0.1名 |  | 1名 |
| 生活支援員 | 7.3名 | 11名 | 2名 |
| 直接処遇職員 | ＊8.5名 |  |  |

（＊）令和5年度の一日利用平均は15.26人でしたので、利用者2人に対し職員1名を配置する場合は職員7.63人以上が必要となります

（2）<主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）>

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　　　　　種 | 生活介護事業（かしの木ひろば） |
| 日中（8：30～17：30） |
| 生活支援員 | 13名 |
| 看護職員(看護師) | 1名 |
| 医師 | 3か月毎 |

**7．当事業所が提供するサービスと利用料金**

　　当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

　　　①介護給付費等から給付されるサービス

　　　②利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス（①以外のサービス）

（1）当事業所が提供するサービスと利用料金

　下記に表示のサービスについては、食費・入浴費・活動費等を除き、サービス利用料金全体のうち9割が介護給付費等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村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者は、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、介護給付費等が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行なわない場合《償還払い（償還払いとは、一旦、利用者がサービス利用料金全額を事業者に支払い、後に、支払額のうち9割が市町村から返還されるものです）の場合も含む》については、一旦全額を事業者にお支払いいだきます。

ただし、9ページ以降に記載する負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

　　①〈サービスの概要〉（契約書第4条）

　すべてのサービスは、利用者の受給者証の提示を受け、「個別支援計画」に基いて行ないます。この｢個別支援計画｣は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として本事業所のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただくものです。  
　なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 「介護」 | * 適切な技術をもって、利用者の心身の状況に応じて自立支援／日常生活の充実のための介護等を提供します。 * 排泄の自立に必要な援助や、おむつの交換を行ないます * 週1～3回の入浴を行ないます。 |
| 「食事の提供」 | * 利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、障害の特性に応じた形態の食事を適切な時間に提供します。当事業所の食事時間は次のとおりです。 ※昼食(11:30～13:00) |
| 「身体拘束の  　　禁止」 | * 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いて、身体的拘束、その他利用者の行動を制限する行為を行ないません。 |
| 「健康管理」 | * 常に利用者の健康状況に注意し、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ないます。 |
| 「嘱託医師に  よる診察・治療」 | * 氏　名：新　克也 * 診察日：3か月に1回 ※利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受けることができます。 |
| 「協力医療機関」 | * 特定医療法人　岡波総合病院 * 伊賀市立上野総合市民病院 ※利用者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への連絡等を行ないます。 |
| 「相談及び援助」 | * 当事業所では、常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。 また、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行ない、常に連携をはかります。 |
| 「生産活動」 | * 当事業所では日中活動（生活介護事業）として、利用者の障害特性をふまえた工夫をもって、生産活動の機会を提供します。その内容は以下のとおりです。  1. 自動車部品の加工等 |
| 「創作的活動」 | * さをり織や壁面制作などの創作的活動を行ないます。 |

　　②〈工賃の支払い〉（契約書第6条）

上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。

　　③〈サービス利用料金〉（1日あたり）（契約書第5条）

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担《一般所得1・2の方のみ》）と食費・おやつ・活動費等の合計金額を、お支払いいただきます。

なお、伊賀市は7級地と指定されていて、1単位あたりの単価は10.18円です。

また、介護職員処遇改善加算は従来からの1か月の総利用料単位数4.4％に、（令和元年度10月から）介護職員等特定処遇改善加算1.4％と（令和4年度10月から）介護職員等ベースアップ加算1.1％が創設され、総利用料単位数に乗じて加算されます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分2 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
| 1日の利用単位数【3時間未満】 | 218 | 239 | 268 | 386 | 517 |
| 【3時間以上4時間未満】 | 273 | 300 | 335 | 483 | 646 |
| 【4時間以上5時間未満】 | 327 | 358 | 401 | 578 | 774 |
| 【5時間以上6時間未満】 | 381 | 419 | 469 | 676 | 904 |
| 【6時間以上7時間未満】 | 532 | 583 | 652 | 941 | 1258 |
| 【7時間以上8時間未満】 | 545 | 598 | 669 | 966 | 1291 |
| 【8時間以上9時間未満】 | 607 | 660 | 730 | 1027 | 1353 |
| 福祉専門職加算（※2） | 15 | | | | |
| 常勤看護職員等配置加算（※3） | 28 | | | | |
| 人員配置体制加算（※4） | 181 | | | | |
| 入浴支援加算（※5） | 80 | | | | |
| リハビリテーション加算（Ⅰ・Ⅱ）（※6） | （Ⅰ）48  （Ⅱ）20 | | | | |
| 重度障害者支援加算（※7） | 7 | | | | |
| 送迎加算（21×2）【往復分】（※8） | 42 | | | | |
| 重度送迎加算（28×2）【往復分】  （※8） | 56 | | | | |
| 1. 小計   (区分2､3はリハ加算Ⅱで計算) | 961 | 1012 | 1109 | 1398 | 1715 |
| 1. 介護職員処遇改善加算    1. ×0.044（4.4％） | 41 | 44 | 47 | 59 | 73 |
| 1. 特定処遇改善加算    1. ×0.014（1.4％） | 13 | 14 | 15 | 19 | 23 |
| 1. 介護職員等ベースアップ等   支援加算×0.011（1.1％） | 10 | 11 | 12 | 15 | 18 |
| 1. 合計単位 | 1025 | 1081 | 1183 | 1491 | 1829 |
| 1. サービス利用総額   ⑤×10.18円 | 10435円 | 11005円 | 12043円 | 15178円 | 18619円 |
| 1. 総合支援給付額（×90％円） | 9392円 | 9905円 | 10839円 | 13660円 | 16757円 |
| 1. 自己負担額   ⑥－⑦円 | 1044円 | 1100円 | 1204円 | 1517円 | 1861円 |

※上記の表の自己負担額は、標準的な利用時間6時間以上7時間未満で計算しています。

※1【基本報酬】　基本的には個別支援計画に定めた標準的な支援時間で算定することを基本とされます。

※2【福祉専門職配置等加算】　生活支援員として常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士である従業者の割合が35％以上いる場合、15単位加算されます。

※3【常勤看護職員配置加算】　看護職員を常勤換算で1名以上配置した場合、28単位円加算されます。

※4【人員配置体制加算】前年度1日当りの平均利用実績における利用者2人に対して、職員1名を配置した場合、181単位円加算されます。

※5【入浴支援加算】　医療的ケアが必要な方、重症心身障がい者で受給者証に受給資格が記載されている方が入浴された場合は1日80単位が加算されます。

※6【リハビリテーション加算】　頸髄損傷による四肢の麻痺その他これに類する状態にある方に対して、リハビリテーションの計画を作成し、リハビリテーションを実施します（リハビリテーション加算［Ⅰ］）

　　四肢の麻痺等が無い方へのリハビリテーション（リハビリテーション加算［Ⅱ］）

※7【重度障害者支援加算Ⅱ】強度行動障害研修の応用・基礎研修を受講した職員を配置している。（体制の評価7単位、**個人の評価180単位**）

※8【送迎・重度送迎加算】　1回(片道)21単位と区分5・6の方が60％以上の場合重度障害者送迎加算1回（片道）28単位です。

※9【欠席時対応加算】　サービス利用を予定していた日(3日前までにご連絡いただいた場合は不要です）病気等によりその利用の中止があった場合に94単位ご負担いただきます。(1か月4回までです)

※10【おやつ代について】　（1回50円）、喫茶（月1～2回開催で1回150円）は実費となります。

※11【昼食代について】　昼食は各ご利用者の嚥下状態に合わせて提供させていただきます。（普通食・キザミ食）（1食550円）

※12【訪問支援特別加算について】

継続的にご利用いただいている方で、連続して5日間サービス利用がなかった場合、あらかじめ利用者の同意をいただき、｢個別支援計画｣に基づいて、1月に2回を限度として居宅を訪問し、生活介護等の利用における相談援助等を行ないます。訪問支援1回あたり、下記の料金をご負担いただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. 訪問支援特別加算の料金(1回あたり) | 1時間未満 | 187単位 |
| 1時間以上 | 280単位 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 時間 | ①  訪問支援特別加算  単位 | ②  介護職員処遇改善加算   1. ×4.2％   特定処遇改善   1. ×1.4％ | ③  ①＋②  合計  単位 | ④  介護給付額  ③×10.18  　　　円 | ⑤  総合支援給付額  ④×90％ | 自己負担額  ④―⑤  　　円 |
| 介護給付  費及び  自己負担額 | 1時間  未満  1時間  以上 | 187  280 | 10  16 | 197  296 | 2005  3013 | 1805  2712 | 200  301 |

　④〈サービス利用の取り消し（キャンセル）について〉（契約書第14条）

＊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、利用予定日の3日前までに当事業所までお申し出ください。

＊病気等で当日急にお休みされる場合は、朝9時までに連絡下さい。

＊なお、サービス利用日の3日前までに申し出のない場合や、当日9時までに連絡のない場合はキャンセル料をいただく場合があります。

|  |  |
| --- | --- |
| キャンセル料（食費の実費相当額）　 1食あたり | 550円 |

（2）　＜利用者負担額の上限等について＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　分 | 世帯の収入状況 | 負担上限額 |
| 一般２ | 市民税課税世帯（一般１に該当する者を除く） | 37,200円 |
| 一般１ | 市民税課税世帯（所得割16万円 ） | 9,300円 |
| 低所得２ | 市民税非課税世帯（低所得1に該当する者を除く） | 0円 |
| 低所得１ | 市民税非課税世帯のうち、本人の年収80万円以下 | 0円 |
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円 |

（3）　＜7（当事業所が提供するサービス）以外のサービス＞

　下記①、②のサービスについては、介護給付費等の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。  
　なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容ならびに変更する事由について、変更を行う2ヵ月前までにご説明します。

　　 ①特別なサービスの提供とこれに伴う費用

　　 ②介護給付費等から支給されない日常生活上の諸費用

（4）　＜利用料金・費用のお支払方法＞

前記　7と8の(1)の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

|  |
| --- |
| ア．本事業所窓口での現金支払  イ．下記指定口座への振り込み・自動引き落とし  　　金融機関名：百五銀行上野中央支店  預金種別：普通預金  口座番号：１１９６  口座名義：社会福祉法人 伊賀市社会事業協会  理事長　藪内勝 |

**8．サービスの利用に関する留意事項**

（1）　＜サービス内容の変更＞

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行ないます。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

（2）　＜受給者証の確認＞（契約書第3条参照）

「住所」および「居宅利用者負担額」、「支給量」「障害支援区分」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせください。また、本事業所従事者より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いします。

（3）　＜健康診断書の提出＞

　共同生活の場として、利用者の健康チェックをさせていただきます。必要とあれば感染症の有無などを含む、利用者の健康診断書を提出していただきます。

**9．虐待防止について**

　　事業者は、ご利用者等の人権の擁護・虐待の防止のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

　(1)　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 | 管理者　上村　文則 |

　(2)　苦情解決体制を整備しています。

　(3)　権利擁護委員会を設置し、従業者に対して、虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

　(4)　サービス提供中に、当該事業所従業者または、養護者（現在養護している家族、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通報の義務として、速やかにこれを市町村に通報します。

**10．身体拘束の適正化について**

　　身体拘束等の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

1. 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置します。
2. 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

**11．やむを得ず身体拘束を行なう場合**

ご利用者が他者から不適切な行為により権利を侵害される状態や生命、健康生活が損なわれるような状態に置かれる事は許されるものではなく「緊急やむを得ない場合」を除いて、身体拘束は原則として、すべてのご利用者への虐待に該当する行為と考えます。

**緊急やむを得ない場合とは・・・**

|  |
| --- |
| * 1. **切迫性**・・・利用者本人、又は他の利用者の生命、身体、権利が危険   さらされる可能性が著しく高い場合   * 1. **非代替性**・・身体拘束その他の行動制限を行なう以外に代替する方法   が無い時   * 1. **一時性**・・・最も短い時間を想定し、一時的ということを要件とする |

◇身体拘束は原則禁止のため、ご家族の同意が「ある」「なし」に関わらず許されるもではありません。また、ご家族から安全確保のため拘束希望が出されたとしても身体拘束廃止に向け、ご家族と話し合いを重ねていきます。

◇「緊急やむを得ない場合」の判断は、担当者やチームのみで行うのではなく、施設全体で議論を重ねて判断します。

①　身体拘束の内容

②　目的

③　時間

④　期間

をご利用者やご家族に対し、書面も通して十分に説明させていただきます。

**12．緊急時の対応について**

サービス提供中に、ご利用者に病状の急変が生じた場合、その他必要な場合は、速やかにご家族又は主治の医師への連絡を行なう等の必要な措置を講じると共に、ご利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

|  |  |
| --- | --- |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名　：  診療科　　　：  主治医　　　：  電話番号　　： |
| 緊急連絡先 | 住所　　　　：  氏名　　　　：①  　　　　　　：②  電話番号①　：  電話番号②　： |

**13．非常災害時の対策について**

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | 別途に定める避難確保計画により対応します。 |
| 平時の避難訓練 | 別途に定める避難訓練計画に則り、ご利用者が参加し、毎月、避難、防災訓練を実施します。 |
| 防災設備 | ・自動火災報知機　有　　　・誘導灯　　　　　　有  ・ガス漏れ報知器　有　　　・非常通報装置　　　有  ・非常用電源　　　有　　　・室内防火栓　　　　有 |

※地域の災害時避難場所としても開放します。

**14．衛生管理について**

　 (1)　従業員の清潔の保持、及び健康状態について、必要な管理を行ないます。

　 (2)　事業所の設備、及び備品等について衛生的な管理に努めます。

　 (3)　衛生管理、感染症予防の啓発、普及のための研修会も実施しています。

**15．利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第8条第6項参照）**

　事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。）

* 本事業所における記録の項目は次のとおりです。

1.個別支援計画

2.サービス提供の具体的な内容

3.利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項

4.やむを得ず身体拘束を行なった場合の状況や緊急やむを得ない事由等

5.利用者からの苦情の内容

6.事故の状況及び、事故に関しての対応

* 保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。
* 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前8:30～午後5:30です。  
  （窓口は、それぞれ利用されている事業所となります。）

◇ 個人情報の保護について

1.事業者は「個人情報の保護に関する法律」を遵守し適切な取り扱いに努あ めるものとします。

2.事業者及び従業者はサービスを提供する上で知り得た情報は、理由なくあ 第三者に漏らしません。

3.この秘密保持義務は、サービス提供契約終了後も継続します。

4.従業者は退職後も秘密保持義務を継続します。

**16．事故発生時の対応方法について（契約書第9条参照）**

生活介護の提供において利用者に対する事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者家族に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する生活介護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。

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

1. 保険会社名 ㈱損害保険ジャパン
2. 保険名 しせつの損害補償
3. 補償の概要 設備の不備、欠陥または職員の業務上の管理・指導ミスにあああああああああに起因する事故、送迎時の交通事故等

**17．苦情の受付について（契約書第15条参照）**

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

1. お客様相談係 ＜苦情受付窓口（かしの木ひろば事務所内）＞
2. 受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8:30～午後5:30
3. 苦情受付担当者 ［副主任生活支援員］　　亀井　裕可里
4. 苦情解決責任者 ［管理者］　 上村　文則

（2）第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見を第三者委員に相談することもできます。

　　＜第三者委員＞

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　前 | 連絡先電話番号 |
| 石山淑子 | 0595-21-2766 |
| 竹内佐千子 | 0595-37-0939 |
| 塚本初子 | 0595-21-3991 |

（3）行政機関その他の苦情受付機関

|  |  |
| --- | --- |
| 伊賀市役所  障がい福祉課 | 所　在　地：三重県伊賀市四十九町3184番地  電話番号　：0595-22-9656  ＦＡＸ番号：0595-22-9661  受付時間　：午前8時30分～午後5時15分 |
| 三重県社会福祉協議会  （運営適正化委員会） | 所　在　地：三重県津市桜橋2丁目131番地  電話番号　：059-224-8111  ＦＡＸ番号：059-228-2085  受付時間　：午前8時30分～午後5時 |

令和　　年　　月　　日

指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護事業）の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ないました。

施設名　生活介護事業所　かしの木ひろば

説明者職名 所　　長

氏　　　名 上村　文則　　　　　 　　㊞

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、障害者福祉サービス事業に関するサービス（生活介護事業）の提供及び利用の開始に同意しました。

利用者住所

氏　　　名 ㊞

　(利用者本人が記入困難な場合)

代筆者住所

氏　　　名 ㊞

続　　　柄

|  |
| --- |
| この重要事項説明書は社会福祉法第76条及び第77条に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。 |