

「指定障害福祉サービス事業所 重要事項説明書」

(事業所名) ワンハートおひさま

この重要事項説明書は特定非営利活動法人ワンハートが運営する指定障害福祉サービス事業所「ワンハートおひさま」において提供する障害福祉サービス（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、障害者総合支援法（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（平成17年法律第123号））に基づく指定障害福祉サービスの人員、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。

(事業者名) 特定非営利活動法人ワンハート

1. サービスを提供する事業者

名 称	特定非営利活動法人ワンハート
所 在 地	岐阜県関市肥田瀬3212
電 話 番 号	0575-21-1810
代表者氏名	理事長 上野人美
設 立 年 月	平成20年4月1日

2. 利用施設

事 業 所 の 種 類	指定障害福祉サービス事業所 生活介護 事業所番号 (2110200611)
事 業 所 の 名 称	ワンハートおひさま
事 業 所 の 所 在 地	岐阜県関市肥田瀬3212
連 絡 先	電話番号 0575-21-1810 ファックス 0575-46-9901
管 理 者	上野人美
サービス管理責任者	上野人美
実施サービスの 通常の実施地域	関市、近隣市町村
定 員	生活介護10名
開 設 年 月 日	平成26年4月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	生活介護の利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な介護、支援の提供をする。
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障害福祉サービスの提供。 生活介護の提供にあたっては、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことが出来るよう、創意的活動又は生産活動の機会の提供をその他便宜を適切かつ効果的に行うものとする。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建 物	構 造	木造モルタル 1建 (一部2階建て)
	延べ床面積	171.97m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
作業室	2室	
相談室	1室	
浴室	1室	
洗面所	1室	車イス対応
便所	3ヶ所	2ヶ所車イス対応
多目的室	1室	
食堂	1室	

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

【生活介護】

職 種	員数	常 勤		非常勤		備 考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理 者	1		1			
サービス管理責任者	1		1			
医 師	1			1		
看 護 師	1			1		
生活支援員	3	1	1	1	1	

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯 (9:00~17:00)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 (9:00~17:00)
医 師	非常勤
看護師	非常勤
生活支援員	正規の勤務時間帯 (9:00~17:00)

6. サービスごとの営業日等

【生活介護】

営業日 及び 営業時間	営業日：月曜日～土曜日 (お盆、年末年始等を除く) 営業時間：午前9時～午後5時
サービス提供日 及び サービス提供時間	サービス提供日：月曜日～土曜日 (お盆、年末年始等を除く) サービス提供時間：午前9時～午後3時
主たる対象者	(1) 身体障害者 (18歳未満の者を除く) (2) 知的障害者 (18歳未満の者を除く) (3) 精神障害者 (18歳未満の者を除く)

7. サービス提供の内容

(1) 介護給付費・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
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者的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。
排泄	適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
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。 ① 着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ② 整容 食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。 生活のリズムを整えるような支援をします。
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。 ① おやつレク ② 体操ダンス
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ① ボルトの加工・梱包等の受注作業 ② 羊毛・タイル等のオリジナル作業 ③ 農産物の加工等のオリジナル作業

	<p>〈工賃の支払〉</p> <p>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。</p>
--	--

(2) 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	<p>希望により食事の提供をします。</p> <p>食事時間　　昼食 12:00</p> <p>※低所得者の軽減措置が適用される方は食材料費分のみの負担</p>	食材料費 200円
創作的活動 及び クラブ活動等	創作的活動及びクラブ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。	実費
日常生活上 必要となる 諸経費	<p>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係る費用をいただきます。</p> <p>①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費</p>	実費
生産活動等	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頂きます。	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。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。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。

7. 利用料金

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、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、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）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いただきます。

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・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容 (2) 介護給付費・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、利用予定日の前日の午前中までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日当日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。

キャンセル料（食費、制作活動費の実費相当額）

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

（ア）当事業所窓口での現金支払い

（イ）下記指定口座への振込み

生活介護	東海労働金庫 各務原支店 普通預金 3501412
------	---------------------------

8. 利用者の記録及び情報の管理等

（1）利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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10：00～午後3：00です。

（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、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. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに保護者や医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：
--------	----------------------------

10. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

(1) 損害保険会社名 東京海上日動保険会社

(2) 損害保険の種類 賠償責任保険

(3) 損害保険の内容

① 賠償責任 100,000千円

② 対人賠償 1,000千円

11. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> 窓口担当者 上野人美 解決責任者 上野人美 ご利用時間 9:30 ~ 15:00 (土・日・祝祭日・年末年始等を除く) 電話番号 0575-21-1810 FAX 0575-46-9901 <p>担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。</p>
関市役所 福祉政策課	<ul style="list-style-type: none"> 所在地：岐阜県関市若草通3丁目1番地 電話番号：0575-23-7735 FAX：0575-23-7748

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> 窓口担当者 上野人美 ご利用時間 9:30 ~ 15:00 電話番号 0575-21-1810 FAX 0575-46-9901
------------------	--

12. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団和宏会 下條内科クリニック
---------	---------------------

医 院 長 名	下 條 宏 文
所 在 地	岐阜県関市仲町 6-13
電 話 番 号	0575-22-5898
診 療 科	内科、消化器科、心療内科、リハビリテーション科

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年1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	・誘導板 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・消火器 有 ・ヘルメット ・カーテン等は防炎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） (その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等)
消防 計 画	防火管理者：川崎千春
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。 施設賠償保険：東京海上 火災保険：JAめぐみの

14. 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	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。

個人情報使用同意書

私（利用者及びその家族）は、下記記載の内容で、事業者が個人情報を必要最低限の範囲内で使用、提供、収集することに同意します。

			平成 年 月 日		
事 業 者	住 所	岐阜県関市肥田瀬3212			
	氏 名	特定非営利活動法人ワンハート 理事長 上野 人美 印			
利 用 者	住 所				
	氏 名	印			
利 用 者 家族	住 所				
	氏 名	印	続柄		
使 用 す る 目 的	<ul style="list-style-type: none">介護保険サービスを円滑に提供するために実施されるサービス担当者会議に必要となる場合。介護支援専門員と介護サービス事業者との連絡調整及びサービス事業者間の連絡調整に必要となる場合。サービス提供困難時の事業者間の連絡、紹介等の場合。利用者に病状の急変が生じた場合の主治医等への連絡の場合。利用者の心身の状況などを家族に説明する場合。介護保険事務に関する情報提供の場合。事業所における学生への実習の場合。事業所の機関誌やホームページ等作成する場合。（写真等の掲載）損害賠償保険等にかかる保険会社への相談または届出。				
利 用 期 間	サービス提供契約期間に準ずる。				
利 用 条 件	個人情報の提供は必要最小限とし、サービス提供にかかる目的以外には利用しません。 また、契約期間外においても第三者に漏らしません。				

平成 年 月 日

指定障害福祉サービスの利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名：ワンハートおひさま

説明者：

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の利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

平成 年 月 日

利用者 住 所

氏 名 印

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所

氏 名 印

続 柄 (利用者との関係)