

基準該当生活介護重要事項説明書

1. 事業者の概要

名称・法人種別	社会福祉法人高知市社会福祉協議会
代表者名	会長 吉岡 章
所在地・電話番号	高知市丸ノ内1丁目7番45号(電話 823-9515)
業務の概要	介護保険事業(介護予防訪問介護事業・訪問介護事業・介護予防通所介護事業・通所介護事業・居宅介護支援事業), 障害福祉サービス事業等(居宅介護・移動支援・生活介護), 障害福祉センター事業等

2. 事業所の概要

事業所名	介護センターあじさい会館 指定通所介護事業所 (事業所番号 3940100062)
事業者所在地	高知市春野町西分1番地1
電話	(088)894-3572
サービス提供地域	高知市

3. 事業所の職員体制

職種	員数	職務内容
管理者(兼務)	1名	職員の管理及び業務の管理を一元的に行う
サービス管理責任者	1名	サービス担当者会を開き個別支援計画を作成する
生活相談員	1名以上	様々な相談に対して適切な援助を行う
介護職員	1名以上	入浴, 食事等のサービスを行う
看護職員	1名以上	利用者の健康チェックなどを行う

4. 営業時間とサービス提供時間

営業時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	月曜日～土曜日 午前9時30分～午後4時00分

※ 日曜日・年末年始(12月29日～1月3日)は休業します。

5. サービス内容

職員の送迎で、施設に通所していただき、健康チェック、入浴、食事、機能訓練、リハビリ、レクリエーション等のサービスを提供します。

6. 利用料金及び利用者負担

(1) 別紙参照

(2) 利用者負担額の支払い方法

利用者負担額は、指定の口座より引き落としさせていただきます。

※個別支援計画を作成しないときなど、市町村から直接利用料が支払われない場合は、一旦利用料(10割)をいただき、サービス提供証明書及び領収書を発行します。サービス提供証明書及び領収書を後日高知市の窓口に出しますと、払い戻しを受けることができます。

7. キャンセル

利用者がサービス利用をキャンセルする場合は、速やかに次の連絡先までご連絡ください。

介護センターあじさい会館 指定通所介護事業所

電話番号 (088) 894-3572

8. 運営方針

利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した生活を営むことができるよう、サービスの適正な提供に努めます。

9. 相談窓口、苦情対応、虐待相談窓口

(1) 別紙 2 参照

10. 緊急時の対応

サービス提供時に、病状の急変その他緊急事態が生じたときは、速やかに医療機関等への連絡を行い必要な措置を行います。

11. 事故発生時の対応

(1) サービスの提供により事故が発生した場合は、利用者の家族及び関係機関に連絡を行い必要な措置を講じます。

(2) 事故の状況及び措置等について記録し、再発防止に努めます。

(3) 賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行います。

12. 非常災害発生時の対応

サービス提供時に、非常災害が発生した場合は、速やかに関係機関への通報を行い、利用者を避難誘導・救出その他必要な措置を行います。

13. 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、再発防止会議等に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。

14. 虐待の防止のための対応

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ずるものとする。

- (1) 虐待を防止するための従業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、市町村へ報告する。

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

基準該当生活介護サービスの提供の開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 高知市丸ノ内1丁目7番45号
社会福祉法人高知市社会福祉協議会
サービス提供事業所 高知市春野町西分 1番地1
社会福祉法人高知市社会福祉協議会
介護センターあじさい会館 指定通所介護事業所

説明者 _____ 印

基準該当生活介護サービスの提供及び利用について、上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

(代理人) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

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

私のための基準該当生活介護サービス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又は相談員と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、提供にあ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

(利用者の家族)

住所 _____

別紙 1

重要事項説明書 <別紙>

1. サービス利用料

障害福祉サービス事業に基づく介護給付は、通常9割が給付対象となり、事業者が市町村から代理受領します。利用者は障害福祉サービスを利用する場合の利用者負担額は、原則として利用料（下記の表の額）の1割です。（利用者負担減額の場合もあります。）ただし、利用者負担の上限月額を超えての利用料の請求はありません。

○基準該当生活介護

区 分	利 用 料
1～6	6,970 円/回

区 分	利 用 料
食事提供体制加算	300 円/回
介護職員処遇改善加算Ⅲ	介護報酬算定単位数×6.7%

※1 食事提供体制加算がない方は、別途食事の提供に要する費用 600 円をいただきます。

なお、日常生活必需品（紙おむつ等）については実費をいただきます。

別紙 2

1. 管理者

管理者氏名	公文 瑞枝
-------	-------

2. 相談窓口, 苦情対応, 虐待相談窓口

(1) サービスに関する相談や苦情, 虐待相談については, 次の窓口で対応いたします。

高知市社会福祉協議会 在宅生活応援課長 高知市丸ノ内1丁目7番45号	電話 (088)820-6865 FAX (088)823-8109 相談・苦情・虐待受付担当者 楠本 太 対応時間 午前8時30分～午後5時30分 ※相談苦情に対する担当者を設置し, 円滑かつ迅速な対応(サービスの点検, 内容の把握, 検討会議, 記録の保管等)を行い, 適正なサービスに努めます。
--	--

その他の苦情受付窓口

第三者委員	入交 征章 (088)860-2275 林 照男 (088)845-1906 高野 亜紀 (088)879-0217
-------	--

(2) 次の公的機関においても苦情の申し立てができます。

高知市役所 障がい福祉課 高知市本町5丁目1-45	電話 (088)823-9378 FAX (088)823-9370 対応時間 午前8時30分～午後5時15分
高知県国民健康保険団体連合会 高知市丸ノ内2丁目6-5	電話 (088)820-8410 (088)820-8411 FAX (088)820-8413 対応時間 午前9時00分～午後4時00分

3. 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

2 なし