

宝塚さざんかの家
指定生活介護支援事業重要事項説明書

本重要事項説明書は、生活介護サービスに関する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、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。

※ 本事業所では、あなたに対して障害者自立支援法に基づく自立訓練サービスを提供します。自立訓練サービスの利用は、原則として介護給付費等の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1 事業者	2
2 事業所の概要	2
3 サービスの目的・運営方針	2
4 サービスに係る事業所・設備等の概要	3
5 職員の体制	3
6 サービス提供の内容	4
7 利用料金	5
8 利用者の記録及び情報の管理等	6
9 緊急時の対応	6
10 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口	6
11 協力医療機関	7
12 非常災害時の対策	7
13 加入保険	7
14 事業所ご利用に際し留意いただく事項	7

社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会
指定生活介護支援
当事業所は兵庫県の指定を受けています。

指定生活介護支援事業重要事項説明書

1 事業者

名 称	社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会
所在地	兵庫県宝塚市安倉西 3 丁目 1-5
電話番号	0797-83-6544
代表者氏名	理事長 松井 美弥子
設立年月	昭和 52 年 11 月 9 日

2 事業所の概要

事業所の種類	指定生活介護支援事業所 平成 21 年 4 月 1 日指定兵庫県 号
事業の目的	障害者自立支援法第 36 条第 1 項に基づく指定生活介護支援事業所宝塚さざんかの家において、適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、従業者が当該事業所の支給決定を受けた利用者に対し適正な指定生活介護を提供することを目的とします。
事業所の名称	宝塚さざんかの家
事業所の所在地	兵庫県宝塚市安倉西 3 丁目 1-5
電話・FAX番号	Tel 0797-84-8700 Fax 0797-81-5265
管理者氏名	(職名) 和田 縉市朗 (兼任)
サービス管理責任者	木村 孝一
サービスの実施地域	宝塚市
定員	34 名
開設年月	昭和 53 年 4 月 1 日
事業所が行なっている他の業務	指定自立訓練(生活訓練)支援事業

3 サービスの目的・運営方針

目的	利用者の基本的人権を尊重し、個々の特性を生かすとともに、自立した日常生活、豊かな社会生活を営むことが出来るよう給食、介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等の支援を行い、心のリフレッシュと精神パワーを向上できるための支援を行います。
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決めの細かな生活介護サービスの提供

4 サービスに係る事業所・設備等の概要

(1) 事業所

建物	構 造	鉄筋コンクリート造 陸屋根 2 階建
	敷地面積	1,011.12 m ²
	延べ床面積	628.64 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	面積 (m ²)	備考
食堂	1 室	56.04	
作業室	5 室	277.71	
相談室	1 室	12.75	
医務室	1 室	9	
調理室	1 室	27.77	
事務室	1 室	59.19	
シャワー室	1 室	2.2	
便所	4 室	20.46	
更衣室	1 室	5.25	
洗面設備	7 室	33.44	
応接室	1 室	13.16	

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 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	
サービス管理責任者	1		1				
医 師							
看護師	1				1	0.1	
栄養士	1		1			0.43	
生活支援員	6	6					

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。

※ 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 38.25 時間）で除した数です。

(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（9：00～17：10）常勤で勤務
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（9：00～17：10）常勤で勤務
医 師	月 1 回が相談日となります。
看護師	正規の勤務時間帯 月 1 回
生活支援員	正規の勤務時間帯（9：00～17：10）常勤で勤務
栄養士	勤務時間帯(9:30～16:00)常勤で勤務

(イ) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日 ただし国民の祝日及び夏期休暇（8 月 11 日～8 月 15 日）と

冬期休暇（12月28日～1月3日）の間は休業

営業時間：9：00～16:00 まで

ただし、行事等により変更する場合があります。

6 サービス提供の内容

全てのサービスは、本事業所が作成する「個別支援計画」に同意をいただいて行われます。「個別支援計画」の写しは利用者にお渡しします。

（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。
訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。 （日常生活訓練・社会適応訓練等）
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。
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、長期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支援を行います。
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	余暇文化活動の機会を提供します。 ① 音楽活動 ② スポーツ活動 ③ レクリエーション活動
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ①和風の製作 ②リサイクル・清掃作業 ③折箱の加工他 〈工賃の支払〉 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、支払います。
送迎サービス	自力通所が困難な利用者は通所バスが利用できます。

（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	食事の提供は必須のサービスです。	600 円
	食事時間 昼食 12：00～13:00 低所得者の方には軽減措置の適用があります。 食事は栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	280 円
創作的活動・及び生産活動等	創作的活動及び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いただきます。	実 費

日常生活上必要となる諸経費	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関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実 費
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。	実 費
その他	・サービス提供記録等の複写代 ・証明書諸書類の発行代 ・その他	実 費

(3) 社会資源・ネットワーク活用支援サービス

情報提供	・月間行事予定、献立情報を配布します。 ・利用者がインターネットから情報を得るための支援を行います。 ・医療・保健・福祉の地域資源利用についての相談にのります。	無し
------	--	----

(4) レクリエーションサービス

余暇活動	・次の年間行を実施します。 ハイキング、旅行、さざんか祭り、忘年会、新年会 ・次の催し物に参加します。 ゆうあいスポーツ大会、仲良しプール、宝塚市障害者運動会 ・その他のレクリエーション活動を企画して実施します。	一部負担
------	--	------

7 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護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基準により算出した額）のうち 9 割が介護給付費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、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内容の料金

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。

(3) 食事の利用取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消しを（キャンセル）する場合は、利用予定日の 1 日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の 1 日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂きます。

キャンセル料 食事の食材費 1 日あたり 280 円

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し請求します。

請求金額は、自動口座引き落としです。ゆうちょ銀行に口座を開設してください。

翌々月の 10 日に引き落とし、再引落としは 25 日です。

自動引落とし口座は下記のとおりです。

ゆうちょ銀行 口座番号 1 4 3 7 0 - 9 2 0 3 2 3 9 1

社会福祉法人 宝塚さざんか福祉会

：自動口座引落としの手数料 10 円は利用者負担です。

8 利用者の記録及び情報の管理等

(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 9：00～午後 17：10 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、サービス提供を行う上での他の法人及び医療機関等との連絡調整や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、速やかに医療機関等への連絡を行います。

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：

10 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	・窓口担当者 木村 孝一 ・ご利用時間 9:00～17:10 営業日 ・電話番号 0797-87-8400 ・FAX 0797-81-5265 ・ 苦情受付箱を設置しておきますのでご利用ください。	
第三者委員	後呂 公一	電話番号 079-562-2666
	安武 志津子	電話番号 0797-86-9883
宝塚市役所 障害福祉課	・所 在 地：宝塚市東洋町 1 - 1 ・電話番号：0797-77-2077	

運営適正化委員会	・所在地：神戸市中央区坂口通 2・1・18 ・電話番号：078-242-6868 ・FAX：078-271-1709 ・E-mail：tekiseyka@hyogo-wel.or.jp ・(http://hyogo-wel.or.jp/unei/ ・相談時間 来所の場合 平日午前 10 時～午後 4 時 ・文書・Eメールの場合 24 時間受付
----------	--

11 協力医療機関

医療機関の名称	宝塚市立病院
医 院 長 名	院長 妙中 信之
所 在 地	宝塚市小浜 4－5－1
電 話 番 号	0797-87-1161

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、「宝塚さんかの家消防計画」により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、「宝塚さんかの家消防計画」にのっとり、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	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・カーテン等は防災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 1 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	消防署への届出日：平成 21 年 4 月 防火管理者：山本 正一

13 加入保険

事故・災害に備えて下記の保険に加入しています。

① 火災保険	保険会社名	セコム損害保険株式会社
② 賠償責任保険	施設賠償保険	保険会社名 AIU 保険会社
	通所施設事故見舞金制度	保険会社名 兵庫県社会福祉協議会

14 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪、面会をされる場合には事前に連絡してください。突然の来訪・面会者には身元をうかがうとともに、保護者に連絡を取って確認させていただく場合があります。
外 出	安全上の配慮から、日課時間中の単独での外出はご遠慮ください。
医療機関への受診	医療機関への受診は、緊急を要するやむを得ない場合を除いては、保護者で行っていただきます。
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、賠償していただく場合があります。

喫煙・禁酒	喫煙は決められた場所をお願いします。喫煙場所以外は全館禁煙です。飲酒は一切禁止です。
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。
動物持込	施設内へのペットの持ち込みはご遠慮ください。

平成 21 年 4 月 1 日

平成 年 月 日

生活介護支援サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名 和田 縉市朗

説明者職名 所長 氏名 木村 孝一 印

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、生活介護支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 印