

「共生型生活介護」 重要事項説明書

当事業所は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に基づく地域生活支援事業の中の共生型生活介護事業を行います。当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

◆◆目次◆◆

1.	事業者	2
2.	事業所の概要	2
3.	事業実施地域及び営業時間	2
4.	職員の配置状況	2
5.	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
6.	個人情報の取扱いについて	5
7.	苦情の受付について	6
8.	緊急時の対応について	7
9.	非常災害時の対策	7

1. 事業者

- (1) 法人名 社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会
(2) 法人所在地 岐阜県中津川市かやの木町2番5号
(3) 電話番号 0573-66-1111
(4) 代表者氏名 会長 三浦 博行
(5) 設立年月 昭和53年2月6日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の種類 共生型生活介護・令和元年10月1日指定
岐阜県指定 2111500472号
- (2) 事業所の目的 共生型生活介護は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援
するための法律に従い、ご契約者（利用者）が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援
することを目的として、ご契約者に共生型生活介護サービスを提供
します。
- (3) 事業所の名称 デイサービスセンター椿苑
- (4) 事業所の所在地 岐阜県中津川市山口2155番地4
- (5) 電話番号 0573-75-5311
- (6) 事業所長（山口支所長）氏名 田口 英子 事業所管理者 氏名 田中 安則
- (7) 当事業所の運営方針
利用者が可能な限り在宅で自立した日常生活が出来るよう支援する。
- (8) 開設年月 平成29年4月1日（介護保険法上）
- (9) 利用定員 33人（介護保険法上の定員を含む）

3. 事業実施地域及び営業時間

- (1) 通常の事業の実施地域 中津川市
- (2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日から土曜日まで(但し12月29日～1月3日を除く)	
受付時間	月～土	8時30分～17時15分
サービス提供時間	月～土	9時20分～16時20分

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して共生型生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準（介護保険法に基づく）を遵守しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1.0	1名
2. 介護職員	5.9	13名
3. 生活相談員	1.0	2名
4. 看護職員	2.5	3名
5. 機能訓練指導員		（兼務）3名
6. 介護支援専門員		名
7. 栄養士		名
8. 調理士	1.5	2名

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延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。
（例）週8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	勤務時間：8：30～17：15 ☆原則として6名の介護職員が勤務します。
2. 看護職員	勤務時間：8：30～17：15 ☆原則として1名の看護職員が勤務します。
3. 機能訓練指導員	勤務時間：8：30～17：15

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。

サービスについては、受給者証に記載された内容のサービスに限定されます。サービス利用料金については、下記のとおりで区分やサービスにより利用料が異なります。

（1）給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料金の通常9割が給付されます。

〈サービスの概要〉

☆共通的服务

①食事の準備、介助を行います。

- ・当事業所では、調理員の立てる献立表により、栄養並びにご契約者の身体の状況および嗜好を考慮した食事を提供します。

（食事時間） 12：00～13：00

②入浴

- ・入浴又は清拭を行います。寝たきりでも機械浴槽を使用して入浴することができます。

③排泄

- ・排せつの介助を行います。

☆対象のサービス

①送迎サービス

- ・ご契約者のご希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービス利用料金(1回あたり)> (契約書第5条参照)

別紙の料金表によって、ご契約者に応じたサービス利用料金から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の共生型生活介護サービスにおける自己負担分をお支払い下さい。

共生型生活介護サービス費 (I)
698 単位/日

区分	加算単位数	要件
送迎加算 (I)	21 単位/回 (一定の要件を満たす場合は、さらに+28 単位/回)	1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用し、かつ、週 3 回以上の送迎を実施している場合 ※利用定員が 20 人未満の事業所にあつては、平均的に定員の 50/100 以上が利用している場合
送迎加算 (II)	10 単位/回 (一定の要件を満たす場合は、さらに+28 単位/回)	①1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用している (利用定員が 20 人未満の事業所にあつては、平均的に定員の 50/100 以上が利用している) 又は、②週 3 回以上の送迎を実施している場合
初期加算	30 単位/日	利用開始日から起算して 30 日以内の期間について加算
欠席時対応加算	94 単位/回	利用者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談援助を行った場合に、月に 4 回まで加算
延長支援加算	・延長時間が 1 時間未満 61 単位/日 ・延長時間が 1 時間以上 92 単位/日	受付時間 (午前 8 時 30 分~17 時 15 分) 以外の利用がある場合

☆ご契約者に提供する食事に係る費用は別途いただきます。(下記 (2) ①参照)

☆給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 給付対象とならないサービス（契約書第4条、第5条参照）

* 以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

＜サービスの概要と利用料金＞

① 食事の提供にかかる費用

ご契約者に提供する食事の材料費や調理等にかかる費用です。

料金：1回あたり750円

② レクリエーション、クラブ活動（アクティビティ）

ご契約者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：材料代等は、当施設ではいただいております。

③ 日常生活上必要となる諸費用実費

ご契約者の日常生活に要する費用（おむつ代等）は、当施設をご利用いただく際に持参していただきますので、いただいております。

又、傷等の処置が必要なご契約者につきましてもガーゼ等の衛生用品は、ご持参していただきます。なお、ご持参が難しい場合は実費費用をいただきます。

☆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と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。）

ア. 下記指定口座への振り込み

東美濃農協 坂下支店 普通預金0038863

社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会 山口支所

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：東美濃農協 坂下支店

ゆうちょ銀行

(4) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

○利用予定日の前に、ご契約者の都合により、共生型生活介護サービスの利用を中止、変更、又は新たなサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者申し出てください。

○サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

6. 個人情報の取扱について

当事業所は、ご契約に伴いお客様の個人情報を頂いております。この文章は、個人情報保護法の規定及び当事業所個人情報方針に従い、ご契約に伴い当事業所が入手したお客様の個人情報は、以下の通りお取扱致します。

(1) 当事業所が保有する個人情報

当事業所は、下記のお客様も個人情報を持っています。

- ①共生型生活介護サービスの提供を希望されるお客様、及びその家族の氏名・年齢・住所・電話番号・勤務先・メールアドレス、及びお客様が申告した事項
- ②お客様が指定した支払手段における金融機関と口座情報
- ③共生型生活介護サービスを提供する為に必要な介護情報（提供表・ADLを含む介護情報）

(2) 個人情報の利用目的

当事業所が保有するお客様の個人情報は、当事業所の運営方針に基づいた共生型生活介護サービスの提供を円滑に行う事を目的として利用させていただきます

- ①共生型生活介護サービスの提供
- ②障害者福祉事務（審査支払い機関へのレセプト提出・審査支払い機関又は保険者からの照会への回答）
- ③事業所運営にかかる管理業務（入退院・会計・事故報告書等の管理）
- ④お客様にサービスを提供する他の居宅サービス事業所や医療関係有資格者（理学療法士・作業療法士）相談支援事業所との連携（サービス担当者会議）や照会への回答
- ⑤損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等、規定に基づく場合及び別途利用者の同意を頂いた場合を除き、上記目的以外の利用は致しません

(3) 個人情報の安全管理

個人情報は、厳正な管理のもとで安全に保管し、他に漏洩する事がないように当事業所にて大切に預かります。

(4) 個人情報の第三者への提供について

お客様の個人情報は、下記の場合について利用者及びその家族の同意を頂いた時のみについて第三者に提供・開示することがあります。

- ①お客様にサービスを提供する他の居宅サービス事業所や医療関係有資格者・サービス担当者会議等照会への回答を行う場合、又お客様の個人情報は下記の場合を除き第三者に提供・開示することはありません。
- ②上記の利用目的の為に外部事業者へ業務委託する場合
- ③法令の規定に基づいて司法・行政、又はこれに類する機関からの開示の要請を受けた場合

(5) 個人情報の開示について

お客様は当事業所に対して、いつでも当事業所が有しているお客様の個人情報の開示を求める事が出来ます。又、お客様から自らに関する個人情報の開示を求められた場合は延滞無くこれに応じます。

(6) 個人情報の訂正・削除

当事業所に提供した個人情報に誤りがある場合は、当事業所に対して当該個人情報の訂正又は削除を要請する事が出来ます。お申し出があった時は、延滞なくその調査を行い訂正・削除が必要とする時は速やかに実行いたします。

(7) 個人情報の取扱窓口

個人情報に関して、お問合せ・開示・訂正・削除を希望される場合は、下記窓口にて対応させていただきます。

○個人情報取扱窓口 中津川市山口 2155 番地 4 TEL 0573-75-5311
(担当者) 共生型生活介護事業所管理者 田中 安則

7. 苦情の受付について（契約書第 20 条参照）

(1) 苦情の受付

当事業所に対する苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口 中津川市山口 2155 番地 4
社会福祉法人 中津川市社会福祉協議会山口支所

(担当者) 管理者 田中 安則
(電話) 0573-75-5311

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:30～17:15

<苦情解決責任者> [職名] 山口支所長 田口 英子

(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は「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
中 澤 なみ子	電 話 0573-65-2784
伊 藤 重秋	電 話 0573-45-3078

(3) 行政機関その他苦情受付機関

中津川市役所 障害者福祉担当課	所在地 岐阜県中津川市かやの木町2番5号健康福祉会館 電話番号 0573-66-1111 (内686) FAX 0573-62-0058 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
国民健康保険団体連合会 介護・障害課 苦情相談係	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-273-1111・FAX058-275-7635 受付時間 午前8時30分から午後5時15分
岐阜県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 県福祉農業会館内 電話番号 058-273-1111・FAX058-275-4858 受付時間 午前8時30分から午後5時15分

8. 緊急時の対応について (契約書11条参照)

本事業は、サービスの提供中にご契約者の病変及び事故が生じた場合、必要な措置を講じるとともに以下の対応を行います。

- (1) 契約時に、教えて頂く家族ないし緊急連絡先へ電話等により連絡します。
- (2) 主治医への連絡及び指示を家族へ依頼する場合があります。
- (3) 急を要する場合は、事業者の判断により救急車を、要請し事後報告となる場合もあります。

9. 非常災害時の対策

非常災害に関する対策は、事業所の消防計画を遵守し、非常災害に備えることとします。

令和 年 月 日

共生型生活介護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。

デイサービスセンター椿苑

説明者職名

氏名

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、共生型生活介護サービスの提供開始に同意しました。

また、主治医及びサービス提供事業者、行政機関等から居宅サービスの内容について情報提供を求められた場合は、その情報提供について同意します。

利用者住所

氏名

印

署名代行者（又は法定代理人）

住所

氏名

印

※この重要事項説明書は、厚生省令第37号（平成11年3月31日）第8条の規定に基づき、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。