

指定障害福祉サービス事業所

「聖隷厚生園 まじわりの家（生活介護）サービス利用契約」 重要事項説明書

（2021 年 4 月 1 日現在）

本重要事項説明書は、当施設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、当施設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。

当施設では、利用者に対して生活介護を提供します。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。

∞ 目 次 ∞

1. 事業者	1
2. 利用施設	1
3. 通常の事業実施地域及び送迎区域及び営業日	1
4. 設備等の概要	1～2
5. 職員の配置状況	2
6. 施設が提供するサービス	3
7. 施設が提供するサービスの利用料金	4
8. 利用料金・費用のお支払方法	4～5
9. 利用者の記録や情報の管理・開示について	5
10. 虐待防止・身体拘束について	5～6
11. 福祉サービス第三者評価の実施状況について	6
12. 協力医療機関	6
13. 苦情の受付について	6
14. 非常災害時の対応	6
15. その他留意事項	7

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
指定障害福祉サービス事業所
聖隷厚生園まじわりの家
当施設は生活介護の指定を受けています
（浜松市指定 第 2217250188 号）

1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
法人所在地	静岡県浜松市中区元城町 218 番地 26
代表者氏名	理事長 青木 善治
法人の設立年月日	昭和 27 年 5 月 1 日
電話番号・FAX 番号	電話 053-413-3300 FAX 053-413-3314

2 利用施設

施設の種類	平成 23 年 10 月 1 日指定 浜松市 第 2217250188 号
施設の名称	聖隷厚生園 まじわりの家
施設の所在地	静岡県浜松市北区細江町中川 7220-1
提供する事業	生活介護
電話番号	(直通) 053-437-4599 (代表) 053-437-4511
FAX 番号	FAX 053-437-4526
所長(管理者)	石川 明彦
サービス管理責任者	河原 一成
主たる対象者	特に定めない
施設運営の基本方針 及び目的	利用者主体の安全で質の高い生活支援(介護)の提供と、利用者 個人の尊厳を重視した自立支援の提供を行います。
開設年月日	平成 23 年 10 月 1 日
利用定員	14 名

3 通常の事業実施地域及び送迎区域及び営業日

事業実施地域	浜松市及びその周辺地域
送迎実施区域	東名高速道路以南は事業所より半径 7km 以内、以北は事業所より 半径 10km 以内
営業日	月～金(12 月 29 日～1 月 3 日を除く)
営業時間	8 時 30 分～17 時 00 分

4 設備等の概要

(1) 施設設備の概要

施設・設備の種類	生活介護
訓練・作業室	1 室
相談室	1 室
洗面所	2 ヶ所
トイレ	3 ヶ所
多目的室	1 室

※当施設では、上記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、生活介護事業のサービス提供に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(2) 施設・設備ご利用上の注意事項

当施設において、施設・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 利用者は、施設・設備について故意又は重大な過失により滅失、破損、汚損した場合には、自己の費用にて原状に復するか、又は相当の代価を支払うものとしします。
- ② 当施設は、館内禁煙となっておりますので、喫煙される方は所定の喫煙所にて、お願いいたします。

5 職員の配置状況 ※生活介護 14 名以上

職 種	常勤・非常勤	指定基準
施設長(管理者)	常勤(兼務)	1 名
サービス管理責任者	常勤	1 名
医師	非常勤	1 名
生活支援員	常勤	7.2 名
看護職員	常勤(兼務)	1 名
作業療法士	常勤(兼務)	1 名

※当施設では、利用者に対して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。

※前年度の利用者数によって職員の指定基準は変動します。

<主な職員の配置状況>

※ 職員の配置基準については、常勤換算の上、厚生労働省の指定基準を遵守しています。

※ 常勤換算とは：

職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週 37.5 時間）で除した数です。

たとえば・・・1 日 3.75 時間、週 5 日勤務の職員（1 週間で 18.75 時間勤務）が 5 名いる場合、常勤換算では 2.5 名（3.75 時間×5 日×5 名÷37.5 時間＝2.5 名）となります。

<主な職種の勤務体制（標準的な時間帯）>

職 種	勤務体制及び時間帯
サービス管理責任者	日勤 (8:30～17:00)
生活支援員	日勤 (8:30～17:00)
看護職員	日勤 (8:30～17:00)
作業療法士	日勤 (8:30～17:00)
医師	随時

※ 祝祭日は上記と異なります。

6 施設が提供するサービス

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| (1) 介護給付費の対象となるサービス |
| (2) 介護給付費の対象外のサービス（利用料の全額を利用者にご負担いただくサービス） |

<当施設で行うサービスとサービスの概要>

(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
介護	適切な技術をもって、利用者の心身の状況に応じた介護等を提供します。 ①排泄の自立に必要な援助や、オムツの交換を行います。 ②希望に応じ入浴または清拭を行います。 ③日常生活の充実のためのレクリエーション、クラブ活動等を行います。
食事の提供	管理栄養士の立てる献立により、利用者の栄養・身体状況・嗜好を考慮した食事の提供を行います。
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。また利用者やご家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行います。
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。
送迎	利用者の希望により、通常の送迎実施区域内において、ご自宅と施設間の送迎を行います。

(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
レクリエーション・クラブ活動等の材料費等	レクリエーション・クラブ活動等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かかる費用をいただきます。
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食事代 ②入浴設備使用費 ③光熱水費
その他	①施設携帯電話使用料 ②サービス提供記録等の複写代

すべてのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。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。

7 施設が提供するサービスの利用料金

(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（厚生労働大臣が定める額）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、利用者は自己負担分として、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。

ただし、個別の所得状況に応じて負担上限があります。

また、介護給付費の対象サービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。

（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。）

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

介護給付費対象外のサービスの内容につきましては、上記「6 施設が提供するサービス（2）「介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照下さい。介護給付費対象外サービスの提供をご希望される場合は、所定の料金をお支払いいただきます。

※介護給付費対象及び介護給付費対象外の各サービス料金は、別紙一覧表にて明示します。

(3)【サービス利用の取り消し（キャンセル）について】

☆ 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 17:00 までに当施設へお申し出ください。

☆ なお、サービス利用日の前日 17:00 までに申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料	生活介護の実費相当額及び食費
--------	----------------

※ 体調不良等やむを得ない場合は、キャンセル料はいただきません。

8 利用料金・費用のお支払い方法

料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、当月分を翌月末日までに原則以下ア.の方法でお支払いください。ご希望により、以下イ.の方法でも承ります。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額をご請求いたします。）

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

（事前に指定口座の申し込みをしていただきます。）

イ. ご利用の際、事務所窓口での現金支払い

（特別な理由がある場合のみ、対応いたします。）

9 利用者の記録や情報の管理、開示について

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。）

当施設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 万一、身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
- ④ 市町村との連絡・通知
- ⑤ 利用者からの苦情の内容
- ⑥ 事故の状況及び事故に際しての対応

☆ 保存期間は、サービス提供が完結した日から5年間となります。

☆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、8:30～17:00です。

・利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所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）に基づき情報を提供いたします。

10 虐待防止・身体拘束について

事業者は、常に、利用者の人格を尊重する観点に立ち、利用者への虐待防止に必要な措置を講じます。また、利用者および他の利用者等の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、利用者等の身体的拘束その他利用者の行動を制限することはいたしません。

11 福祉サービス第三者評価の実施状況について

静岡県福祉サービス第三者評価	未実施
----------------	-----

12 協力医療機関

名称	総合病院 聖隷三方原病院
所在地	浜松市北区三方原町 3453
電話番号	053-436-1251
診療科	内科、循環器科、泌尿器科、整形外科、脳神経外科、婦人科、眼科 皮膚科、精神科、救急外来ほか

13 苦情の受付について

（１）当施設における苦情の受付

苦情受付窓口	担当者名：聖隷厚生園信生寮 石川 明彦 受付方法：面接及び電話（053-437-4511） 留守番電話（0120-61-0015） 苦情受付箱（玄関に設置）
--------	---

第三者委員	希望される場合は、第三者委員を交えて話し合いができます。第三者委員は、利用者と当施設の間にはいて、問題を公平、中立な立場で円滑、円満に解決するために設けられた制度です。この委員は下記の外部の方に委嘱しています。 (有)デザイン工房 夢風舎 舎長 上嶋 裕志 氏 聖隷クリストファー大学 准教授 福田 俊子 氏
苦情解決責任者	村田 孝弘（聖隷厚生園信生 施設長）

(ア) その他苦情受付機関

静岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地：静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合社会福祉会館内 電話／FAX：054-653-0840
浜松市役所障害保健福祉課	所在地：浜松市中区元城町 103-2 電話：053-457-2860 FAX：053-457-2630

14 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「聖隷厚生園信生寮消防計画」に基づいた対応を行います。
近隣との協力関係	聖隷福祉事業団自主防災隊が対応。
平常時の訓練 および防災設備	別途定める「聖隷厚生園信生寮消防計画」にのっとり、毎月、避難・消火・夜間訓練等を実施します。

15 その他留意事項

外出	事業所の企画行事等ではなく、ご利用者個人での外出をされる際には職員へお申し出ください。なお、その際の事故については、事業所として責任は負いません。
医療機関への受診	緊急時のみ医師・看護師の判断のもとに協力医療機関に受診します。ご家族へのご連絡もただちに行います。
入院された場合の対応	3 か月以内に退院が見込まれない場合、契約を解除する場合があります。
宗教・政治活動	他の利用者・ご家族・職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動は、ご遠慮ください。
感染症対策	利用者又はご家族が感染症等にかかった場合、もしくは疑われる場合には他の利用者への感染を防止するため、感染の種類によって必要な措置をとることや利用を控えていただく場合があります。
金銭・貴重品の管理	貴重品の管理についてはいたしかねます。紛失等されてもその責任は負いません。
動物飼育	当事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はご遠慮ください。

緊急時の対応と連絡先について	利用者の体調不良や事故等で、救急受診などの対応が必要となるなど、サービス利用の継続が困難になった場合、直ちにご家族に連絡をいたしますので、ご来園いただきますようお願いいたします。なお、ご利用中のご家族の緊急連絡先については、確実に連絡がとれる連絡先をお知らせください。
----------------	--

平成 23 年 10 月 1 日 施行
 平成 24 年 4 月 1 日 改訂
 平成 24 年 9 月 3 日 改訂
 平成 25 年 2 月 1 日 改訂
 平成 26 年 4 月 1 日 改訂
 平成 27 年 1 月 1 日 改訂
 平成 27 年 4 月 1 日 改訂
 平成 28 年 4 月 1 日 改訂
 平成 29 年 4 月 1 日 改訂
 平成 29 年 10 月 1 日 改訂
 平成 30 年 4 月 1 日 改訂
 平成 30 年 6 月 1 日 改訂
 平成 31 年 4 月 1 日 改訂
 令和元年 8 月 1 日 改訂
 令和元年 10 月 1 日 改訂
 令和 2 年 4 月 1 日 改訂
 令和 2 年 12 月 1 日 改訂
 令和 3 年 4 月 1 日 改訂

指定障害福祉サービスの提供およ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いました。

令和 年 月 日

施設名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 聖隷厚生園 まじわりの家

説明者 ⑩

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、指定障害福祉サービスの提供および利用の開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者住所

利用者氏名 ⑩

上記代筆者 (利用者との続柄：)

身元引受人（ご家族）氏名 ⑩