

モデル

指定生活介護 重要事項説明書」

この重要事項説明書は〇〇法人〇〇が提供する指定生活介護事業について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条及び第77条並びに障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービス事業所の人員、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。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 〇〇会
所 在 地	沖縄県〇〇市
電 話 番 号	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
代表者氏名	理事長 〇〇〇〇
設 立 年 月	昭和〇〇年〇月〇日

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所 平成〇〇年〇月〇日指定
事業所の名称 (事業所番号)	指定生活介護事業所〇〇〇〇 (〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇)
事業所の所在地	沖縄県〇〇市
連 絡 先	電話番号 ファックス
管 理 者	〇〇〇 〇〇〇〇〇
サービス管理責任者	
通常の事業の実施地域	〇〇市、〇〇市、
主たる対象者	
定 員	〇〇名
開設年月日	

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、事業所通所により入浴、給食、介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等を行い、心のリフレッシュを図る共に自らの精神的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. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造 ○階建 (耐火建築物) (耐震構造)
	敷地面積	○○㎡
	延べ床面積	○○㎡
	○○○○	

(2) 主な設備

	部屋数	面積等
訓練室	○室 ○室	○○㎡ ○○ (応接セット等) 有
作業室	○室 ○室	○○㎡
相談室		○○㎡
洗面設備		○○㎡
便所		○○㎡
多目的室		○○㎡
		○○㎡
		○○㎡
		○○㎡
		○○㎡

※ 各事業所によって食堂、浴室、事務所等をお入れ下さい。

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。

運営規程、勤務形態一覧表と整合性がとれるよう記載すること

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							
サービス管理責任者							
医師							
看護師							
生活支援員							
機能訓練指導員							

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 40 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（○：○○～○○：○○）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（○：○○～○○：○○）
医 師	正規の勤務時間帯（○：○○～○○：○○）
看護師	正規の勤務時間帯（○：○○～○○：○○）
生活支援員	正規の勤務時間帯（○：○○～○○：○○）
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（○：○○～○○：○○）

(イ) 営業日及び営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間

営業日及び営業時間	営業日：○曜日～○曜日（国民の祝日、○月○日から○月○日までを除く） 営業時間：午前○時～午後○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：○曜日～○曜日（国民の祝日、○月○日から○月○日までを除く） サービス提供時間：午前○時～午後○時

6. サービス提供の内容

(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、5日以上連続して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、月2回を限度として同意の上で支援を行います。

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	創作的活動の機会を提供します。 ※活動内容を記載 ① ②
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ①〇〇の製造 ②〇〇の加工・梱包 ③〇〇の〇〇〇〇 〈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、生産活動に従事している利用者に支払います。
送迎サービス	希望により車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。

(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	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間 昼食〇〇：〇〇 ※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	1食〇〇〇円 ※食材料費 (〇〇〇円)
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。	〇〇〇円
入浴サービス	希望により入浴サービスを提供します。 (機械浴・一般浴による入浴サービスです)	〇〇〇円
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	〇〇〇円 〇〇〇円 〇〇〇円

〇〇〇		
-----	--	--

<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) 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、利用予定日の〇日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の〇日前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（〇〇の実費相当額）1日あたり	〇〇〇円
-----------------------	------

(※設定日は利用日の3日前程度とすることが望ましいと思われます)

(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、ご請求しますので、〇日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
- ② 下記指定口座への振込み
 〇〇銀行 〇〇支店 普通預金〇〇〇〇
- ③ 金融機関口座からの口座振替
 ご利用できる金融機関：〇〇銀行、△△信用金庫

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、午前〇〇：〇〇～午後〇〇：〇〇です。

- (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、速やかに身元保証人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：

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 ○○○○
 (2) 損害保険の種類 ○○○○
 (3) 損害保険の内容
 ① 死亡保険金○○○○
 ② 後遺症保険金○○○○

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	・窓口担当者 ○○○○ ・解決責任者 ○○○○ ・ご利用時間 ○：〇〇～ 〇〇：〇〇 (土・日・祝祭日・旧正月・旧盆・年始を除く)
-----------------	--

	<ul style="list-style-type: none"> ・電話番号 ○○○○－○○－○○○○ F A X ○○○○－○○－○○○○ ・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。 	
○○会 第三者委員	○○○○	電話番号 ○○○○－○○－○○○○
	○○○○	電話番号 ○○○○－○○－○○○○
○○市役所 福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県○○市 ・電話番号：○○○○－○○－○○○○ 	
沖縄県 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：沖縄県○○市 ・電話番号：○○○○－○○－○○○○ ・F A X：○○○○－○○－○○○○ 	

市町村窓口については、通常の事業の実施地域に記載されている市町村窓口を全て記載して下さい。

(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 ○○○○ ・ご利用時間 ○：○○～ ○○：○○ ・電話番号 ○○○○－○○－○○○○ F A X ○○○○－○○－○○○○
------------------	---

12. 協力医療機関

医療機関の名称			
医 院 長 名			
所 在 地			
電 話 番 号			
診 療 科		入 院 設 備	有り or 無し

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○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	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 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○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： 平成〇〇年〇月 防火管理者： 〇〇〇〇
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。 加入保険会社名：〇〇保険 加入保険内容：〇〇〇〇保険

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。

平成〇〇年〇月〇日

指定生活介護事業の提供及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。

事業所名：〇〇〇

説明者職名：〇〇〇〇 氏名〇〇〇〇

-

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護の提供及び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

身元保証人 住 所
氏 名 印
続 柄 (利用者との関係)
電 話

利用者は、身体の状態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)
