

小牧市社会福祉協議会ふれあいデイサービスセンター

地域活動支援事業重要事項説明書

当事業所は小牧市の指定を受けています。
小牧市指定 2361000001

本重要事項説明書は、当事業所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。

※ 本事業所では、利用者に対して**障害者総合支援法**に基づく障害者デイサービスを提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費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. 事業実施地域	2
4. 営業時間と利用定員	3
5. 職員の体制	4
6. 当事業所の施設設備の概要	4
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
8. サービスの利用に関する留意事項	9
9. サービス実施の記録について	9
10. 損害賠償保険への加入	9
11. 苦情の受付について	9

1. 事業者

法人名	社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会
設立年月日	昭和46年9月3日
代表者	会長 吉田 友仁
所在地	小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
電話	(0568) 77-0123
FAX	(0568) 75-2666
定款に定めた 主な事業	①社会福祉を目的とする事業の企画及び実施 ②社会福祉に関する活動への住民の参加のための援助 ③社会福祉を目的とする事業に関する調査、普及、宣伝、 連絡、調整及び助成 ④保健医療、教育その他の社会福祉と関連する事業との 連絡 ⑤共同募金事業への協力 ⑥ボランティア活動の振興 ⑦生活福祉資金、くらし資金、援護資金貸付事業 ⑧介護保険事業（居宅介護支援、訪問介護、通所介護） の経営
事業所が行っている 他の業務	指定居宅介護・重度訪問介護事業 平成18年10月1日指定 愛知県 2317700132 号 移動支援事業 平成18年10月1日指定 小牧市 2362000003 号

2. 事業所の概要

(1) 事業所

事業所名	小牧市社会福祉協議会 ふれあいデイサービスセンター
所在地	小牧市小牧五丁目407番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
電話	(0568) 75-5938
FAX	(0568) 77-0127
指定番号	地域活動支援事業 平成18年10月1日指定 小牧市 2361000001
サービス実施地域	小牧市内及び近隣

(2) 事業の目的

<基本理念>

当事業所は、地域住民の公的な福祉協議体として永年にわたり、地域福祉活動、在宅福祉活動に取り組んでまいりました。障害者総合支援法においてもその姿勢を変えることなく、あくまでもご利用者やご家族が住み慣れたこの小牧のまちで安心して暮らしていただけることを願って、最善の努力をしてまいりたいと存じます。

<運営の三原則>

- ①地域の公的な社会福祉法人として、**公正中立を原則**として、営利にとらわれない事業運営に取り組みます。
- ②住み慣れた地域で快適に生活していただくために、**ご利用者本位を原則**としてサービス提供に取り組みます。
- ③常に専門的な知識と技術の向上を図るとともに、広く新しい情報の収集に努め、**質の高いサービス提供**に取り組みます。

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月～土曜日
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前9時30分～午後3時45分

※原則：利用時間は、6時間以上となります。

(4) 休業日

休業日	日曜日、12／30～1／3
-----	---------------

(5) 利用定員

利用定員	月～土曜日 20人
------	----------------

3. 職員の体制

当事業所では、ご契約者に対して指定デイ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。

(1) 事業所の職員体制

職 種	指定基準	常勤	非常勤	業務内容
1. 管理者	1 名	1 名	—	・事業所の運営管理
2. 指導員	1 名	2 名以上	—	・ご利用者のサービス利用に関わる相談やデイサービス計画の作成、関係機関との調整を行います。
3. 看護職員	—	—	2 名以上	・利用時の健康チェックをはじめ、必要な処置を行います。
4. 介護職員	1 名	—	4 名以上	・ご利用者の心身の状況を把握し、適切な介助を行います。
5. 作業療法士	—	—	1 名以上	・ご利用者の機能訓練・生きがい作りなどのために、作業療法を行います。 ※毎週（水）（金）

※職員の配置については、指定規準を遵守しています。

4. 当事業所の施設設備の概要

当事業所の施設設備の概要は以下のとおりです。

日常生活訓練室	社会適応訓練室に併設された畳敷きのスペースで日常生活動作訓練をしていただくことができます。
社会適応訓練室兼食堂	このデイサービスの中心的生活空間です。創作的活動や交流活動、レクリエーションなどを楽しんでもいただきながら必要な訓練を行います。
浴室	臥床式機械浴槽、車いすリフト式浴槽、歩行式浴槽があり、身体状況に応じた入浴をしていただけます。
相談室	専用相談室を設けてあるので、落ち着いた雰囲気の中で、どんなことでもご相談いただけます。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)「地域生活支援計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から「地域生活支援計画」を定めて、サービスを提供します。「地域活動支援計画」は、市町村が決定したデイサービスの「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）とご契約者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「地域活動支援計画」は、ご契約者やご家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、ご契約者の申し出により、いつでも見直すことができます。

＜サービスの区分及びサービス内容＞

①創作的活動

組みひも、籐細工などの創作活動を支援します。

②社会適応訓練

買い物や外出活動などの社会適応訓練を実施します。

③機能訓練

ご契約者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

④レクリエーション

楽しんでいただけるレクリエーションを実施します。

⑤必要な介助

排泄の介助のほか、デイサービスセンターでの活動をおこなうときに必要な介助を、ご契約者のご希望及び心身等の状況に応じて行います。

⑥医療・福祉・生活等のご相談及び介護方法の指導

ご契約者の医療・福祉・生活等のご相談に応じます。また、ご希望に応じてご家族等に介護技術の指導を行います。（ご利用者の希望の時間を踏まえ、設定します。）

⑦食事の提供及び介助（ただし、食事の提供に要する費用は別途いただきます。

食事（昼食）の提供及び食事の介助をします。

⑧入浴

入浴の介助又は清拭などを行います。ご契約者のご希望及び心身等の状況に応じて、機械浴槽を使用して入浴することができます。

⑨送迎

ご契約者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。時間帯等は別途ご連絡します。

(2) 利用者負担額（契約書第5条参照）

上記サービスにかかる利用料金に対しては、食費を除き、通常9割が地域生活支援サービス費の給付対象となります。事業者が地域生活支援サービス費を代理受領する場合には、ご契約者は、利用者負担分としてサービス料金の1割（ただし、受給者証に記載された上限額の範囲内）を事業所にお支払いいただきます。

<償還払い>

- 事業者が地域生活支援サービス費額の代理受領を行わない場合は、市町村が定める地域生活支援サービス費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると地域生活支援サービス費が支給されます。）

(3) サービス利用にかかる実費負担額（契約書第5条参照）

サービス提供に要する下記の費用は、地域生活支援サービス費支給の対象ではありませんので、実費をいただきます。

項 目	自己負担額	備 考
① 食事代	700円	ご契約者に提供する食事の材料及び調理等にかかる費用
②おむつ代 (紙おむつ1枚あたり)	100円	事業所で購入を希望される方。
③その他、日常生活物品、 材料費等	・尿とりパッド 1枚 50円 ・紙パンツ 1枚 100円 ・その他実費	・日常生活において必要となる物品代 ・創作活動などで使用する材料費
④送迎にかかる費用 ※市外の方のみ	100円	事業所から片道10Km以下
	100円加算	10Kmを越す場合は、5Km増すごとに加算

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご契約者の障害の程度による区分に応じたサービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）と食事の提供等にかかる費用の合計額をお支払いいただきます。（個別減免等の負担軽減措置については7頁をご参照ください）

障害程度区分	区分 1	区分 2	区分 3
1. サービス利用料金	6, 3 8 0 円	6, 9 3 0 円	7, 4 8 0 円
2. 入浴にかかる光熱水費	4 0 0 円	4 0 0 円	4 0 0 円
3. 送迎代	5 4 0 円 (往復 1, 0 8 0 円)	5 4 0 円 (往復 1, 0 8 0 円)	5 4 0 円 (往復 1, 0 8 0 円)
4. 合計金額	7, 8 6 0 円	8, 4 1 0 円	8, 9 6 0 円
5. 1 割負担金額(1 + 2 + 3) ※送迎は往復を利用した場合で計算 食事代は含まず	7 8 6 円	8 4 1 円	8 9 6 円

(小牧市在住の方)

※食事代は 1 食 7 0 0 円 (負担軽減措置適用有・詳細は後述)

※他市町村在住の方は、居住地の市町村の定める金額を負担していただきます。

〈利用者負担の軽減について〉

〔利用者負担に関する月額上限〕

○ 1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得に応じて 4 区分の負担額が設定され、「受給者証」に記載された「利用者負担上限額」以上の負担はありません。
(平成 2 2 年 4 月改定)

区分	世帯の課税状況	負担上限月額
一般 2	市民税課税世帯 (一般 1 に該当する者を除く。)	3 7, 2 0 0 円
一般 1	市民税課税世帯 (所得割 16 万円未満の者に限ります。)	9, 3 0 0 円
低所得	市民税非課税世帯	0 円
生活保護	生活保護受給世帯	

〔負担軽減〕

利用者及び利用者の属する世帯に属する方の有する所得によって、負担が軽減されます。

〔食費等実費負担の軽減について〕

○ 受給者証に食事提供体制加算対象に該当される方は、1 回あたりの食事代から 4 2 0 円引いた額となります。

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（2）及び（3）の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

- ア. 金融機関口座からの自動引き落とし
[収納業者] SMBCファイナンスサービス株式会社 及び
ゆうちょ銀行（郵便局）
[手数料] 無料（当事業所が負担します）
[手続き] ご希望の方はお申し出ください。所定の用紙をお渡しします。
- イ. 下記指定口座への振り込み
①三菱UFJ銀行 小牧支店 普通預金 40095
名義 社会福祉法人 小牧市社会福祉協議会
会長 吉田 友仁
②ゆうちょ銀行 記号 12150 番号 88718521
（郵便局） 名義 小牧市社会福祉協議会
- ウ. ふれあいセンター窓口での現金支払

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

- ① 利用予定日の前に、地域活動支援計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の**当日午前8時30分までに**事業者
に申し出てください。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた
場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体
調不良等やむをえない場合は取消料はいただきません。

利用予定日の当日午前8時30分までに 申し出があった場合	無料
利用予定日の当日午前8時30分までに 申し出がなかった場合	700円 ※食材費相当額

- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを
追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により利用者が希望する日及び時
間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用
者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(6) 実費負担額の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその 2 か月前までにご説明します。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、ご利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(2) 受給者証の確認（契約書第 3 条参照）

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」「障害程度区分」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせください。また、本事業所従事者より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(3) 施設・設備の使用上の注意

- 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意、またはわずかな注意を払えば避けることができたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合は、ご契約者の自己負担により原状に回復していただくか、または相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- 当事業所の職員や他の利用者に対し、著しく迷惑を及ぼすような行為、または宗教活動、政治活動、営利活動を行う事はできません。

(4) 健康診断書

- 利用を開始する際には、ご契約者自身の健康管理と、衛生的で安全な施設利用を目的として、指定の医師による健康診断書を提出していただくことがあります。
- 利用途中で著しい体調不良や感染症の恐れなどがある場合にも、再度、健康診断書を提出していただくことがあります。

(5) 禁煙

- 事業所内では、喫煙はできません。

7. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、地域活動支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) ご利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第8条参照）

本事業所では、関係法令（及び小牧市社会福祉協議会個人情報保護規定）に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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、ご利用者の負担となります。）

8. 苦情の受付について（契約書第14条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係（担当者）在宅福祉課 係長 森脇 博志

電話（0568）75－5938

（責任者）在宅福祉課 課長 田中 秀治

電話（0568）77－2902

○受付時間 毎週月曜日～金曜日（祝日・年末年始を除く）

午前8時30分～午後5時

＊また、苦情受付ボックスを事業所内に設置しています。

(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。

＜第三者委員一覧＞

名 前	所 属
尾関 龍彦	本会監事
倉知 正人	民生委員・児童委員
稲垣 ヒロ子	現人権擁護委員 現本会心配ごと相談員

(3) 行政機関その他苦情受付機関

小牧市役所 障がい福祉課 障がい福祉係 担当	所在地 小牧市堀の内三丁目 1 電話番号 (0568) 7 6 - 1 1 2 7 (直通) F A X (0568) 7 6 - 4 5 9 5 受付時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
名古屋市健康福祉局 障害福祉部 障がい支援課	所在地 名古屋市中区三の丸 3 丁目 1-1 電話番号 (052) 9 7 2 - 2 6 3 9 (直通) F A X (052) 9 7 2 - 4 1 4 9 受付時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
岩倉市役所 健康部福祉部 福祉課	所在地 岩倉市栄町 1 丁目 66 電話番号 (0587) 3 8 - 5 8 0 9 (直通) F A X (0587) 3 8 - 1 1 8 3 受付時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
春日井市役所 健康部福祉部 認定給付係	所在地 春日井市鳥居松町五丁目 44 番地 電話番号 (0568) 8 5 - 6 2 1 2 (直通) F A X (0568) 8 4 - 5 7 6 4 受付時間 午前 8 時 3 0 分～午後 5 時 1 5 分
愛知県社会福祉協議会 総合相談情報センター 運営適正化委員会	所在地 名古屋市東区白壁 1-5 0 電話番号 (052) 2 1 2 - 5 5 1 4 F A X (052) 2 1 2 - 5 5 1 5 受付時間 午前 9 時～午後 5 時

<重要事項説明書付属文書>

1. サービス提供における事業者の義務

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたり次のことを守ります。

①安全配慮義務

事業者は、サービスの提供にあたって、ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

併せて、サービス実施時にご契約者に病状の急変等が生じた場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

②説明義務

事業者は、本契約に基づく内容について、ご契約者の質問等に対して適切に説明します。

③守秘義務

私たち事業者及びサービス従事者は、本契約によるサービスを提供するにあたり、ご契約者の個別性に配慮し、人間としての尊厳を守ります。同時に、ご契約者及びご家族のプライバシーを保護するために、職務上知り得る個人情報及び個人の秘密を守り、これを他の目的には使用しません。なお、秘密はサービス従事者の職を辞した後にもこれを守ります。

④身体拘束の禁止

事業者は、ご契約者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

⑤個人情報の取り扱い

ご契約者及びご家族等の個人情報は、個人情報保護法を厳格に遵守し、それぞれの同意のもと、介護保険サービス等の利用を目的として適正に取り扱います。

■事故発生時の対応

サービス提供中に万が一、事故が発生した折には下記により迅速に対応するよう努めます。

①事故発生直後

事故が起こった場合には、現場に居合わせた職員が利用者等の心身の状態を見極め、必要に応じて応急処置を行うとともに、周囲の職員等へ事故発生を知らせ、協力を求めます。

②事故の対応

速やかに事故を管理者へ報告し、その指示の元、状況に合わせた適切な対応を行うよう努力します。

③事故の事後処理

事故の内容によっては、損害賠償保険を適用してまいります。

併せて、以下の点を行います。

ア) 保険者へ事故報告書を提出します。

イ) 事故の再発防止のため、事故発生の検証と職員の研修を行います。

2.損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険名 社会福祉・介護保険施設総合保険

補償の概要 身体にかかる賠償……最大500,000千円

財物にかかる賠償……最大5,000千円

3. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日からご契約者の受給者証に記載されている有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に新たな認定の有効期間満了日まで更新され、以後も同様となります。

但し、以下のような事項に該当するに至った場合は、当事業所との契約は終了します。

(1) 自動で契約終了する場合

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 65歳以上は介護保険制度の利用となります。（ご契約者の心身の状況が自立と判定された場合は除く）
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損^{きそん}により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当施設が地域活動支援事業制度を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下を参照）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照ください）

(2) ご契約者からの解約、又は契約解除の申し出

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。この場合には、契約終了を希望する日を7日前までに申し出てください。

但し、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ① 地域活動支援事業サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 事業所の運営規程の変更に同意できない場合
- ③ ご契約者が入院された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める地域活動支援事業制度のサービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他の利用者が、ご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合、もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(3) 事業者からの契約解除の申し出

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知などを行い、その結果、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者によるサービス利用料金の支払いが 2 ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず、これが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により、事業者もしくはサービス従事者の生命・身体・財産・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

年 月 日

地域活動支援事業の提供開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	小牧市小牧五丁目 4 0 7 番地 小牧市総合福祉施設ふれあいセンター内
	名 称	小牧市社会福祉協議会 ふれあいデイサービスセンター
	説明者	職名 _____ 氏名 _____

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、地域活動支援事業の提供開始に同意しました。

また、サービス調整会議での利用など正当な理由がある場合には、契約者又はその家族等の個人情報を用いることに同意しました。

利用者	住 所 _____ 氏 名 _____
代筆者	住 所 _____ 氏 名 _____
(家族代理者)	住 所 _____ 氏 名 _____ (続柄 _____)

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第 81 号（平成 14 年 6 月 13 日）第 10 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。