

## 生活介護事業所 デイジーくらぶ 重要事項説明書

当事業所では、生活介護事業を提供します。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。

あなたに対する生活介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

### 1. サービスを提供する法人

名称	社会福祉法人 光仁会
所在地	山口県周南市城ヶ丘3丁目6番1号
電話番号	0834-33-8881
代表者氏名	理事長 市川 喜久子
法人の設立年月	平成25年7月22日

### 2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所
事業所の名称 (事業所番号)	デイジーくらぶ 山口県指定 3515400293
事業所の所在地	山口県光市光井9丁目8番30号
連絡先 電話番号	0833-71-6157                      ファックス      0833-71-6158
管理者	竹内 俊路
サービス管理責任者	福田 一郎
サービスの実施地域	光市
定員	10名
開設年月日	令和2年12月1日

### 3. サービスの目的・運営方針

#### 目的

指定障がい者福祉サービス生活介護の適正な運営を確保するため必要な人員および運営管理に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った、適切かつ円滑な生活介護の提供を確保することを目的とします。

#### 運営方針

- (1) 利用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、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつおよび食事の介護、創作的活動または生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとします。
- (2) 事業の実施に当たっては関係市町、地域の保健・医療・福祉のサービス機関と連携を取り、総合的なサービスの提供を務めます。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設設備の概要

施設設備の種類	設置数
作業室	1 か所
相談室	1 か所
給湯室	1 か所
静養室	1 か所
浴室	1 か所
便所	2 か所

(2) 施設・設備を利用上の注意事項

室内の機器使用に当たっては、職員の指示に従ってください。

事業所内の設備・器具は本来の用法に従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。

5. サービス提供職員の設置状況

職種	常 勤	非常勤
管理者	1 名	
サービス管理責任者	1 名	
生活支援員	2 名（兼務）	
看護師	1 名（兼務）	
医師		1 名

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、上記の職種の定員を配置します。

6. 営業日と営業時間

(1) 営業日：月曜日から土曜日及び指定した日とします。

ただし、「国民の祝日」及び12月31日～1月3日を除きます。

(2) 営業時間：8時30分から17時30分までとします。

(3) サービス提供時間：9時30分から16時とします。

7. サービス提供の内容

(1) 介護給付費対象サービス内容

- ① 生活介護計画の作成
- ② 食事の提供
- ③ 入浴又は清拭
- ④ 身体等の介護
- ⑤ 創作的活動

室内や日用品の装飾や調理体験など生活に潤いをもたらす活動を行います。

外出や屋内での行事を軸として、集団を意識できるような場面を作ります。

- ⑥ 生活相談
- ⑦ 健康管理
- ⑧ 送迎サービス
- ⑨ 前各号に掲げる便宜に付帯する便宜

## 8. 利用料金及び利用予約等

### (1) 介護給付費対象サービス内容の料金

指定生活介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、当該指定生活介護が法定代理受領であるときは、その1割の額とする。ただし、市町が定める月額負担上限額の範囲内とします。

基本単位、加算については『別表』を参照とします。

### (2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

『別表』、『その他費用について』を参照とします。

### (3) サービス利用の予約

利用を予約する際には、「利用予約表」を利用前月20日（20日が休みの場合は19日）までにご提出ください。予約をお受けした後、利用の調整を行います。提出された利用予約表は、調整後写しを返却しますので、再度確認の上保管してください。予約の状況によってはお断りする場合がありますのでご了承ください。

### (4) サービス利用の取り消しおよび変更

利用が決定した後、利用を取り消されたい場合、または時間変更等をされたい場合には、二営業日前までにお申し出ください。急病に関してはその限りではありません。

### (5) 以下の理由により、利用をお断りする場合があります。ご了承ください。

- ① 利用者の健康状態が著しく悪い場合。
- ② 特定伝染病にかかっている場合。
- ③ 災害や悪天候・事故等の理由のため業務ができない場合。
- ④ その他、事業所責任者が受け入れ不可を判断した場合。

## 9. 利用料金のお支払方法

料金は1ヶ月ごとに計算して15日に請求しますので、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

### ① 金融機関からの口座振替

サービス利用月の翌月26日に引き落としさせていただきます。

※ 口座振替の手続き完了までにお時間を要することがあります。その場合は初回のみ下記の指定口座へのお振込みをお願いいたします。

### ② 指定口座への振込み（振込手数料はご家族負担となります。）

山口銀行 光支店（064）

口座番号 5089228

口座名義 社会福祉法人光仁会 理事長 市川 喜久子

※ サービス利用月の翌月26日までに振り込みをお願いいたします。

### ③ 上記の支払い方法が困難な場合、現金でのお支払いも考慮いたします。ご相談ください。

※ 現金でのお支払いの場合は、平日の営業時間内をお願いいたします。

## 10. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) ほかの利用者や職員等に対する宗教活動、政治活動、営利活動は控えること。
- (2) 暴力行為その他、ほかの利用者に危害を及ぼす行動や言動を行ってはならない。
- (3) 受給者証の記載内容の変更や更新（住所及び支給量、障害の程度による区分など）があった場合は速やかに申し出ること。
- (4) 前号の他、契約書及び重要事項説明書等に記載されている事項について遵守すること。

11. 利用者の記録および情報の管理

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録およ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、記録および情報については契約の終了後5年間保管します。
- (2) 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。ただし、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（「個人情報等に関する同意書」による）に基づき情報提供をいたします。
- (3) 契約書等の秘密保持事項に関しまして、同意書の提出をお願いいたします。契約により知りえた個人情報等につきましては、個別支援計画の作成時やサービス担当者会議等において用いることといたします。または、当事業所が発行する広報物（インターネット含む）に、活動の報告等をする場合がありますが、その際の写真等の掲載についても、同意できる範囲の意思確認をさせていただきます。

12. 緊急時の対応

緊急事態発生時には、早急に関係各所に連絡を行い、必要な措置を講じます。

- (1) サービス提供に当たって、事故等が発生した場合には、早急に利用者及びその家族が指定する緊急連絡先へ連絡を行います。
- (2) 万が一、ご利用時に緊急搬送が必要であると判断した場合、個別支援計画に従い、対応いたします。

13. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団光仁会 市川医院
医院長名	市川 晃
所在地	山口県光市中央3丁目2番26号
電話番号	0833-72-5700
診療科	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 外科・リハビリテーション科

14. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

- (1) 当事業所ご利用相談窓口兼虐待防止受付窓口  
 窓口（責任者） 竹内 俊路  
 利用時間 月～金曜日 9：00～17：30（土日・祝日除く）  
 電話番号 0833-71-6157 FAX 0833-71-6158
- (2) 行政機関の苦情受付機関・虐待防止受付窓口  
 窓口 光市福祉総務課障害福祉係  
 住所 光市光井2-2-1（あいぱーく光）  
 電話番号 0833-74-3001
- (3) 福祉サービス運営適正化委員会  
 窓口 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会  
 住所 山口県山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館  
 電話番号 083-924-2837

(4) 山口県障害者権利擁護センター

窓口 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会  
 住所 山口県山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館（山口県社会福祉士会）  
 電話番号 083-902-8300

(5) 第三者委員会

第三者委員 有馬 俊雅 連絡先 周南市須々万奥 576 0834- 88-0259  
 第三者委員 小林 武生 連絡先 周南市学園台 843-4-2 0834- 28-0411  
 第三者委員 藤本 真樹 連絡先 周南市遠石 2-10-1 090-9506-5681

15. 非常災害時の対応

サービス提供中に天災およびその他の災害が発生した場合、別途定める施設防災計画に基づき、職員は利用者の避難等適切な措置を行います。また、防火管理者は、非常災害に関する計画の周知徹底を図るとともに、避難経路および協力機関との連携方法を確認し、災害時には、避難等指揮を執ります。また、非常災害に備えるために、避難、救出その他必要な訓練を定期的に行うものとします。

防災設備	スプリンクラー	有
	消火器	有
	誘導灯	有
	自動火災報知機	有
	自動火災通報装置	有

16. 事故発生時の対策及び損害賠償保険への加入

(1) サービス提供中に事故が発生した場合は、職員は直ちに応急処置、医療機関への連絡等必要な措置を講じるとともに、市長、利用者の家族、利用者に係る相談支援事業所に連絡を行います。

(2) 本事業者は、下記損害賠償保険に加入しております。

保険会社名	株式会社 福祉保険サービス
保 険 名	全国社会福祉協議会【施設の損害保険】
保障の概要	・施設通所時における障害事故補償 ※ 保障の対象にならないケースもありますので、 詳細は管理者へお問い合わせください。

17. 身体拘束の禁止

原則として、利用者の自由を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録します。

<別表>

## デイジーくらぶ 利用料金説明書

R2.12.1～適用

R3.1.1 変更

R3.7.1 変更

### <生活介護>

#### 1 生活介護サービス費

★ 生活介護サービス費の基本報酬については、ご利用者の障害区分及び利用定員に応じた報酬単価を算定することとします。

※ 当事業所は、1単位が10.00円のその他地域区分となります。

※ 指定生活介護を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準額によるものとし、当該指定生活介護が法定代理受領であるときは、その1割の額とします。  
ただし、市町が定める月額負担上限額の範囲内とします。

#### (1) 「対象となる場合に算定する加算」

##### ○ 初期加算

利用開始日から起算して30日以内の期間について1日につき所定の単位数を算定します。

##### ○ 欠席時対応加算

利用を予定していた日に、急病などによりその利用を中止した場合、事業者がご利用者、またはその家族などとの連絡調整その他の相談援助を行うとともに、当該利用者の状況、相談援助内容などを記録した場合に、1月に4回を限度として、所定の単位数を算定します。

##### ○ 食事提供体制加算

低所得者などであって、生活介護計画などで食事の提供を行うこととなっているご利用者に対して、食事の提供を行った場合に1日につき所定単位数を算定します。

##### ○ 送迎加算（Ⅱ）

事業所として、週3回以上の送迎を実施している場合に算定します。

##### ○ 福祉・介護職員処遇改善加算

所定単位数（基本単位＋各加算単位）にサービス別加算率を乗じた単位数を算定します。

##### ○ 福祉・介護職員等特定処遇改善加算

所定単位数（基本単位＋各加算単位）にサービス別加算率を乗じた単位数を算定します。

下記のような場合、別途加算をいただく場合があります

○ 障害福祉サービスの体験利用支援加算

生活介護を利用するご利用者が地域生活への移行に向けて指定地域移行支援事業者が行う障害福祉サービスの体験的な利用を支援する場合であって、生活介護の職員が以下のいずれかの支援を行った場合に算定します。

- ① 利用支援の利用日に当該指定障害者支援施設において昼間の時間帯における介護などを行った場合。
- ② 指定地域移行支援事業者との連絡調整その他の相談援助を行った場合。

(2) 昼食代・その他費用

1食あたり	710円（うち食材料費 350円）
※食事提供体制加算取得者については材料費のみ負担	

(3) その他の費用

料金の種類	金額
おやつ代	100円/日
創作または調理体験に係る材料費	実費
昼食に係るキャンセル費用 ※ご利用日当日、9:30までに 欠席の連絡がなかった場合	食費実費分
入浴料	200円/回

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス生活介護『デイジーくらぶ』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。

事業者

事業者住所 山口県周南市城ヶ丘3丁目6番1号

事業者名 社会福祉法人 光仁会

代表者名 理事長 市川 喜久子 印

事業所住所 山口県光市光井9丁目8番30号

事業所名 デイジーくらぶ

説明者職名

名前

私は、本書面に基ついて事業者からして障害福祉サービス生活介護『デイジーくらぶ』の  
提供および利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人（もしくは成年後見人等）

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

続柄 \_\_\_\_\_