

社会福祉法人 雄勝福祉会 複合施設 ぱあとなあ

指定居宅介護・重度訪問介護・行動援護

重度障害者等包括支援・同行援護 重要事項説明書

あなたに対する居宅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事業者

名 称	社会福祉法人 雄勝福祉会
所 在 地	秋田県湯沢市小野字大沢田 2 2 1 番地
電 話 番 号	0 1 8 3 - 5 2 - 5 2 1 0
代表者氏名	理事長 西村 信一
設 立 年 月	昭和 5 6 年 5 月 2 7 日

2. 利用施設

事業所の種類	指定居宅介護事業所 平成 1 9 年 3 月 3 1 日 指定
事業所の名称 (事業所番号)	複合施設 ぱあとなあ (0 5 1 0 7 0 2 0 9 5)
事業所の所在地	秋田県湯沢市字両神 1 5 番地 1
連 絡 先	電話番号 0 1 8 3 - 7 2 - 8 1 0 7 ファックス 0 1 8 3 - 7 2 - 8 1 0 8
施 設 長	天野 達
サービス提供責任者	佐藤 容子
サービスの実施地域	湯沢市、横手市、羽後町
主たる対象者	定めなし
開設年月日	平成 1 9 年 4 月 1 日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が居宅にておいて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入浴、排泄及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事、生活等に関する相談及び助言並びにその他の生活全般にわたる援助を行います。
運営方針	関係法令を遵守し、障害者が必要なときに必要な障害福祉サービスの提供ができるよう努めるものとします。また、他の社会資源との密接な連携に努めます。

4. サービスに係る事業所・設備等の概要

(1) 事業所・設備等

建物	構 造	鉄骨造 2 階建
	敷地面積	4,223.59 m ²
	延べ床面積	1,607.14 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	部屋数	備 考
食堂兼集会室	1 室	10 テーブル、40 席、研修用スクリーン
作 業 室	2 室	パン・アイスキャンデー製造用、軽作業用
医務室兼静養室	1 室	
相 談 室	1 室	
洗 面 所	1 室	
便 所	2 室	車イス・オストメイト対応
更 衣 室	1 室	個人ロッカー完備
調 理 室	1 室	
休 養 室	1 室	
事 務 室	1 室	

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。

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	1	1				1	
サービス提供責任者	2	2				1.5	
ヘルパー	18	8		10		6.0	

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（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（8：15～17：15）
サービス提供責任者	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）
ヘルパー	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）
ヘルパー（非常勤）	勤務により、必要に応じて。

(イ) 営業日と営業時間

営業日： 日曜日～土曜日

営業時間： 8：15～17：15

※上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

6. サービス提供の内容

(1) 居宅介護等計画（個別支援計画）の作成

(2) 各サービスの内容

サービス名称	サービス内容
居宅介護	自宅で、入浴、排泄、食事の介護等を行います。 又、病院への通院のための介助を行います。
重度訪問介護	重度の肢体不自由者で常に介護を必要とする人に、自宅で入浴、排泄、食事の介護、外出時における移動支援などを総合的に行います。
行動援護	自己判断が制限されている人が行動するときに、危険を回避するために必要な支援、外出支援を行います。
重度障害者等包括支援	介護の必要性がとて高い人に、居宅介護等複数のサービスを包括的に行います。
同行援護	視覚障害により移動に困難を有する人に、社会参加、代読、代筆業務、移動に必要な情報提供し外出支援を行います。

(3) その他必要な生活等に関する相談、助言

<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提供責任者が作成し、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。

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（厚生労働大臣の定める額）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ただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または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) 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、利用予定日の前日午後4時までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日午後4時までにお申し出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料	介護給付費の実費相当額
--------	-------------

(3) 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、25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 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：北都銀行、ゆうちょ銀行

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8:15～午後5:15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：
緊急連絡先①	住所： 電話番号：

	氏 名： 続 柄：
--	--------------

10. 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

利用者・家族の皆さんが、福祉サービスを適切に利用することができるよう、苦情の出しやすい環境を整え、適切な対応により問題解決（苦情）の早期解決に努め、利用者の人権を擁護すると共に、生活の質の向上と適切な生活を営めるよう努めます。

苦情解決責任者	・施設長 天野 達	
苦情受付担当者	・サービス提供責任者 佐藤 容子 ・ご利用時間 8：15～17：15 ・電話番号 0183-72-8107 F A X 0183-72-8108 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。	
第三者委員	湯沢地区民生児童委員協議会会長	遠藤 金也 湯沢市岡田町9-12 電話 0183-73-0636
	元雄勝福祉会	内藤 ユミ 湯沢市下院内字新馬場167-2 電話 0183-52-2837
	元雄勝中央病院 看護部長	渡部 タカ 湯沢市嶽ノ下43 電話 0183-73-0909
秋田県運営適正化委員会	秋田市旭北栄町1番5号 (秋田県社会福祉協議会内) 電話 018-864-2726	

(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	・窓口担当者 佐藤 容子 ・ご利用時間 8：15～17：15 ・電話番号 0183-72-8107 F A X 0183-72-8108
------------------	---

11. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	小野崎医院		
医 院 長 名	小野崎 圭助		
所 在 地	湯沢市表町3丁目1番29号		
電 話 番 号	0183-73-2540		
診 療 科	内科	入 院 設 備	

(2)

医療機関の名称	秋田県厚生農業協同組合連合会 雄勝中央病院		
医 院 長 名	中村 正明		
所 在 地	湯沢市山田字勇が岡25		
電 話 番 号	0183-73-5000 (代表)		
診 療 科	内科・外科・神経内科他	入 院 設 備	380床

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

平成 年 月 日

指定障害者福祉サービス居宅介護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：社会福祉法人 雄勝福祉会 複合施設 ぱあとなあ

説明者職氏名： サービス提供責任者 _____

-

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス居宅介護の提供及
び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名： 印

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：