

共生型看護小規模多機能ホーム桃の鈴花  
「障害福祉サービス事業／共生型生活介護サービス」  
重要事項説明書

当事業所は障害福祉サービスの指定を受けています。  
(倉敷市指定 第 3310203306号)

当事業所はご契約者に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）に基づく「指定共生型生活介護サービス」（以下「本サービス」という。）を提供します。

事業所の概要や提供される本サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

＊本サービスの利用は、地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護等の支援が必要な方として、次に掲げる障害者の方が対象となります。

- ①障害支援区分が区分3（障害者支援施設等に入所する場合は区分4）以上である障害者
- ②年齢が50歳以上の場合は、障害支援区分が区分2（障害者支援施設等に入所する場合は区分3）以上である障害者
- ③生活介護と施設入所支援との利用の組み合わせを希望する方であって、障害支援区分が区分4（50歳以上の方は区分3）より低い方で、指定特定相談支援事業者によるサービス等利用計画案を作成する手続きを経た上で、市町村により利用の組み合わせの必要性が認められた障害者
  - ア 障害者総合支援法の施行時の身体・知的の旧法施設（通所施設も含む。）の利用者（特定旧法受給者）
  - イ 同法施行後に旧法施設に入所し、継続して入所している利用者
  - ウ 平成24年4月の改正児童福祉法の施行の際に障害児施設（指定医療機関を含む。）に入所している利用者
  - エ 新規の入所希望者（障害支援区分1以上の方）

※当事業所では、利用者又はその家族等よりサービス提供記録及びその他利用者様に関する情報の開示を求められた場合、速やかに開示いたします。

## 1 事業者（法人）の概要

|              |                                                               |
|--------------|---------------------------------------------------------------|
| 事業者（法人）の名称   | 富田ケアセンター有限会社（営利法人）                                            |
| 主たる事務所の所在地   | 〒713-8115 岡山県倉敷市玉島道口2754番地1                                   |
| 代表者（職名・氏名）   | 代表取締役 山中 祥吉                                                   |
| 法人設立年月日      | 平成15年6月6日                                                     |
| 電話番号/ファックス番号 | 【TEL】086-526-5900<br>【FAX】086-526-1036                        |
| 電子メール/公式サイト  | 【E-mail】info@tomicare.com/<br>【HPアドレス】http://www.tomicare.com |

## 2 ご利用事業所（施設）の概要

|              |                                          |                |
|--------------|------------------------------------------|----------------|
| ご利用事業所の名称    | 共生型看護小規模多機能ホーム 桃の鈴花                      |                |
| サービスの種類      | 障害者総合支援法に基づく共生型生活介護サービス                  |                |
| サービスの主たる対象者  | 身体障がい者、難病等対象者<br>障がい児（１８歳未満の身体及び知的の障がい者） |                |
| 事業所の所在地      | 〒７１３－８１０３ 岡山県倉敷市玉島乙島７１９０番地５              |                |
| 電話番号/ファックス番号 | 【TEL】０８６－４４１－５２１１<br>【FAX】０８６－４４１－５２２１   |                |
| 指定年月日・事業所番号  | 令和 元年５月１日指定                              | 第 ３３１０２０３３０６ 号 |
| 利用定員         | １８名                                      |                |
| 通常の事業実施地域    | 倉敷市内全域                                   |                |

## 3 営業日時・サービス提供時間

|          |                            |
|----------|----------------------------|
| 営業日・営業時間 | ３６５日（年中無休）・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４時３０分            |

※ 当事業所は、原則として利用申し込みに応じますが、ご登録を頂いている場合であっても、利用定員を超過する場合には、本サービスの提供ができない日がある場合がありますので、ご了承ください。

## 4 事業の目的

障害者総合支援法（平成17年法律第123号）、倉敷市の定める条例その他関係法令に則り、利用者が可能な限りその居宅において生活が継続できることを念頭において、その介護を行う者の疾病その他の理由により、常時介護が必要となった障がい者（児）に対し、サービス拠点への日帰りでの通所利用（主として昼間）を提供して、当該拠点において、家庭的な環境と、地域住民との交流の下で、入浴・排泄・食事等の介護、並びに生活相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために必要な援助を行うことにより、その有する能力に応じ、その地域において自立した日常生活を営むことができるよう必要な支援を行うことを事業の目的として実施します。

## 5 運営の方針

「常に利用者の要望を可能な限り受け止め、全ての人の為になるかどうかを考え、そして、全ての人が満足できるよう務め、全ての人に愛される事業所を目指します。」という法人理念と関係法令を遵守しつつ、他の社会資源との連携を図った、適切かつきめ細かなサービス提供に努め、利用者・地域住民の方々と質の高い生活支援空間を作り上げていきます。

## 6 施設・設備の概要

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、以下の施設・設備を設置しています。

### (1) 施設

|    |       |           |                       |
|----|-------|-----------|-----------------------|
| 建物 | 構造    |           | R C造鉄筋コンクリート2階建       |
|    | 敷地面積  |           | 3344、99m <sup>2</sup> |
|    | 延べ床面積 |           | 1839、55m <sup>2</sup> |
| 居室 | 床面積   | 居室1・2・6   | 15、37m <sup>2</sup>   |
|    |       | 居室3・4・7・8 | 15、82m <sup>2</sup>   |
|    |       | 居室5・9     | 15、68m <sup>2</sup>   |

### (2) 主な設備

|     |        |                              |
|-----|--------|------------------------------|
| 居室  | 1階 全9室 | 洋室（ベッド）、エアコン、収納、             |
| 食堂  | 1階 1室  | 冷蔵庫、オープンレンジ、電気ポット<br>テレビ、DVD |
| 浴室  | 1階 1室  | 機械浴槽1台、<br>脱衣場床暖房、浴室内ヒーター設置  |
| トイレ | 1階     | 洋式3室                         |

## 7 事業所の職員体制（職種と員数）

| 従業者の職種    |      | 取得資格                     | 配置員数   | 勤務の体制基準    |
|-----------|------|--------------------------|--------|------------|
| 管理者       |      | 看護師                      | 1人     | 常勤1名（兼務）   |
| 生活支援員     | 介護職員 | 訪問介護員養成研修<br>2級課程を修了した者等 | 4人以上   | 常勤1名以上     |
|           | 看護職員 | 看護師又は准看護師                | 2.5人以上 | 常勤1名以上     |
| サービス提供管理者 |      | 介護支援専門員                  | 1人以上   | 常勤1名（兼務）以上 |

### 【管理者】

職員及び業務の管理その他の管理・規定を遵守させるために必要な指揮命令を行います。

### 【生活支援員】

個別支援計画に基づき日常生活上の支援や身体機能・生活能力の向上に向けた支援を行うほか、創作・生産活動に関わります。特に、看護職員は、医師の指導のもと、日常生活上の健康管理及び療養上の指導、身体機能の減退を防止するための機能訓練を行います。

### 【サービス提供管理者】

障害福祉サービス等の利用状況等の把握・自立した日常生活を営むための必要な支援をします。

## 8 提供するサービスの内容

利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、入浴、排泄及び食事の介護、創作的活動又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。

### (1) 日常生活の支援

| 種 類    | サ ー ビ ス 内 容                                                                                                                                                                                                                                |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日中支援   | 利用者の状況に応じた 見守り等を行います。                                                                                                                                                                                                                      |
| 食事の提供  | 管理栄養士の管理の下で、栄養面と利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を、下記の時間帯に適時適温にて提供します。また、食事前に口腔体操を行い、スムーズに飲み込んで食べていただけるように配慮いたします。<br>時間指定なければ下記の時間で対応します。<br>〔食事時間〕 昼食 11:30～13:30 / おやつ 15:00～15:20<br>利用者の状況にあわせて、おかゆ、キザミ食、アレルギーにも対応します。<br>＊その他、 ソフト食も提供できますので相談ください。 |
| 排 泄    | 利用者の状況に応じた排泄援助を行うと共に、排泄の自立についても心身の能力を最大限活用し、適切な援助を行います。介助に関しては、可能な限り迅速な対応とプライバシーの配慮に努めます。                                                                                                                                                  |
| 入浴又は清拭 | ご希望に合わせて、入浴または清拭を行います。また、必要に応じて、複数名の職員による介助を行います。                                                                                                                                                                                          |
| 着脱衣    | 利用者の心身の状況に応じ、能力を活用し、衛生面にも配慮した援助を行います。                                                                                                                                                                                                      |
| 整 容    | 利用者本人の希望に沿い、身だしなみに配慮し、清潔の保持を心がけます。                                                                                                                                                                                                         |

### (2) 健康維持の支援

| 種 類     | サ ー ビ ス 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健 康 管 理 | 常に利用者の健康状況に注意し、健康保持のための適切な支援を行います。<br>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。<br>利用中に医療措置を必要とするような緊急時には、直ちにご家族に連絡いたします。ご家族で、かかりつけの医院に受診していただくか、利用者の主治医にご相談ください。状況によっては当事業所の判断で、下記の協力医療機関に受診していただく場合がありますが、そのような場合もご家族へ連絡いたしますので、あらかじめご理解をお願いいたします。<br>消毒、ガーゼ交換、膀胱洗浄、浣腸、喀痰吸引、経管栄養、酸素吸入など医療的ケアについては利用者の主治医の処方に従って行います。必要物品は各自でご用意ください。導尿および留置カテーテルの交換等特別な医療行為は行いません。また歯科診療・治療等を行いません。 |
| 服 薬 管 理 | 主治医、かかりつけ医、協力医療機関を通じて当事業所の看護師等と相談の上行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

### (3) 社会的活動の支援

| 種 類              | サ ー ビ ス 内 容                                                                                                                                                  |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 機能訓練<br>(生活リハビリ) | 身体機能及び日常生活能力の維持・向上のため、看護職員による機能訓練または介護職員によるケアの提供をもって心身機能の向上、または、低下を防止するよう努めます。また、外出の機会の確保その他利用者の意向を踏まえた地域社会生活の継続のための支援を行います。                                 |
| 生活相談及び援助         | 利用者及びご家族からのご相談に誠意をもって応じ、ご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、可能な限りの支援を行うように努めます。また、障害支援区分変更についても必要な援助を行うよう努めます。さらに地域において自立した社会生活を送るための生活習慣の確立を目指した指導を行います。 |
| 社会生活上の便宜         | 事業所での生活を実りあるものとするため、できる限り利用者のご希望に応じた、生産活動、創作的活動やレクリエーション行事などを企画・実施いたします。                                                                                     |

## 9 サービス利用料金・利用者負担金

### (1) 基本利用料金にかかる利用者負担金

利用者が本サービスを利用した場合の「基本利用料金」（厚生労働省の告示の単価）及び利用者からお支払いいただく「利用者負担金」は、下表のとおりです。

利用者の方には、所得区分ごとの負担上限額に応じて、原則として利用料の1割を利用者負担金として負担していただくことになります。

なお、利用者負担金について生活保護法による介護扶助を受ける場合には、倉敷市（福祉事務所）に介護扶助費の代理受領の手続きを行ってください。

**\* 世帯の所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。** なお、利用者負担上限管理加算以外は利用者の負担はありません。利用者負担上限管理を行った場合はサービス利用料金の1割相当額が利用者負担額になりますが、利用者世帯の収入状況に応じて市町村長が定めた利用者負担上限月額が各月の上限になります。

| 区分   | 世帯の収入状況                                         | 1か月当たりの利用者負担上限月額 |         |
|------|-------------------------------------------------|------------------|---------|
|      |                                                 | 20歳未満            | 20歳以上   |
| 生活保護 | 生活保護受給世帯                                        | 0円               | 0円      |
| 低所得  | 市民税非課税世帯                                        | 0円               | 0円      |
| 一般1  | 市民税課税世帯<br>(20歳未満)所得割28万円未満<br>(20歳以上)所得割16万円未満 | 4,600円           | 9,300円  |
| 一般2  | 上記以外                                            | 37,200円          | 37,200円 |

### 【基本単位】

|                  |     |                                                                        |          |
|------------------|-----|------------------------------------------------------------------------|----------|
| 共生型生活介護<br>サービス費 | (Ⅱ) | 指定小規模多機能型居宅介護事業所等において共生型生活介護を行った場合                                     | 859 単位/日 |
| 医師未配置減算          |     | 看護師等により利用者の健康状態の把握や健康相談等が実施され、必要に応じて医療機関への通院等により対応することを前提として医師を配置しない場合 | 12 単位/日  |

【加算単位】

|                 |     |                                                               |         |
|-----------------|-----|---------------------------------------------------------------|---------|
| 福祉専門職員<br>配置等加算 |     | 良質な人材の確保とサービスの質の向上を図る観点から、条件に応じて加算                            |         |
|                 | (Ⅰ) | 常勤の生活支援員等のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格保有者が35%以上雇用されている事業所 | 15単位/日  |
|                 | (Ⅱ) | 常勤の生活支援員等のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格保有者が25%以上雇用されている事業所 | 10単位/日  |
|                 | (Ⅲ) | 生活支援員等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上の事業所                   | 6単位/日   |
| 常勤看護職員等<br>配置加算 |     | 看護職員が常勤換算で1人以上配置されている場合                                       |         |
|                 | (Ⅰ) | 利用定員20人以下、看護職員を常勤換算で1人以上配置                                    | 28単位/日  |
|                 | (Ⅱ) | 利用定員20人以下、看護職員を常勤換算で2人以上配置                                    | 56単位/日  |
| 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加算                                     | 30単位/日  |
| 訪問支援特別加算        |     | 継続して利用する利用者が連続して5日間利用しなかったときに、職員が居宅を訪問して相談援助を行った場合に、月に2回まで加算  |         |
|                 |     | 所要時間が1時間未満                                                    | 187単位/回 |
|                 |     | 所要時間が1時間以上                                                    | 280単位/回 |

【加算単位】（前頁からの続き）

|              |                                                                    |         |
|--------------|--------------------------------------------------------------------|---------|
| 欠席時対応加算      | 利用者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談援助を行った場合に、月に4回まで加算                      | 94単位/回  |
| リハビリテーション加算  | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が中心となって、利用者ごとのリハビリテーション計画を作成し、個別のリハビリテーションを行う場合 |         |
|              | 頸髄損傷による四肢の麻痺等の状態にある者                                               | 48単位/日  |
|              | 上記以外の者                                                             | 20単位/日  |
| 利用者負担上限額管理加算 | 事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合                                             | 150単位/月 |
| 食事提供体制加算     | 収入が一定額以下の利用者に対して、事業所が食事を提供した場合                                     | 30単位/日  |

|                   |                                                                                   |                                                               |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 送迎加算(Ⅰ)           | 居宅等と事業所・施設との間の送迎を行った場合に加算<br>1回の送迎につき平均的に9人(定員の50/100)以上が利用し、かつ、週3回以上の送迎を実施している場合 | 片道につき<br>21単位/回                                               |
| 延長支援加算            | 8時間を超える利用がある場合                                                                    |                                                               |
|                   | 延長時間が1時間未満                                                                        | 61単位/日                                                        |
|                   | 延長時間が1時間以上                                                                        | 92単位/日                                                        |
|                   | 一定の要件(区分5もしくは区分6に該当する者又はこれに準ずる者が利用者の数の合計数の6割以上)を満たす場合 <送迎体制/重量>                   | 片道につき<br>+28単位/回                                              |
| 福祉・介護職員<br>処遇改善加算 | キャリアパス要件等の適合状況に応じた加算率を加算                                                          |                                                               |
|                   | (Ⅰ)                                                                               | キャリアパス要件(Ⅰ)・(Ⅱ)・(Ⅲ)、職場環境等要件の全てを満たすこと<br>所定単位数の 4.2% を加算       |
|                   | (Ⅱ)                                                                               | キャリアパス要件(Ⅰ)・(Ⅱ)、職場環境等要件の全てを満たすこと<br>所定単位数の 3.1% を加算           |
|                   | (Ⅲ)                                                                               | キャリアパス要件(Ⅰ)又は(Ⅱ)の要件を満たすことに加え、職場環境等要件を満たすこと<br>所定単位数の 1.7% を加算 |
|                   | (Ⅳ)                                                                               | キャリアパス要件(Ⅰ)・(Ⅱ)、職場環境等要件のいずれかを満たすこと<br>所定単位数の 1.7%×0.9 を加算     |
|                   | (Ⅴ)                                                                               | キャリアパス要件(Ⅰ)・(Ⅱ)、職場環境等要件のいずれも満たさないこと<br>所定単位数の 1.7%×0.8 を加算    |

○キャリアパス要件(Ⅰ)：職位・職責・職務内容に応じた任用要件と賃金体系の整備をすること。

○キャリアパス要件(Ⅱ)：資質向上のための計画を策定して、研修の実施又は研修の機会を設けること

○キャリアパス要件(Ⅲ)：経験もしくは資格等に応じて昇給する仕組み又は一定の基準に基づき定期に昇給を判定する仕組みを設けること。

○職場環境等要件：賃金改善以外の処遇改善(職場環境の改善等)の取り組みを実施すること。

【福祉・介護職員等特定処遇改善加算(Ⅰ)】

所定単位数×1、4%

## (2) その他の費用に関する実費負担金

|      | 種 類                                                        | M            | L    | L L  |
|------|------------------------------------------------------------|--------------|------|------|
| 日用品代 | 尿取りパット                                                     | 30円          | 50円  |      |
|      | リハビリパンツ                                                    | 150円         | 170円 | 230円 |
|      | 紙おむつ                                                       | 160円（フリーサイズ） |      |      |
|      | 連絡帳                                                        | 100円（希望者のみ）  |      |      |
| 材料代  | 例えば、レクリエーションや行事プログラムにおいて、実施する場合に必要とされる材料・消耗品にかかった費用としてその実費 |              |      |      |
| 入浴費  | 一般浴：1回200円      特浴：1回300円                                  |              |      |      |

|        |                                                              |
|--------|--------------------------------------------------------------|
| 検査代    | 健康・衛生管理上で検査にかかった費用としてその実費                                    |
| その他の費用 | 上記以外の日常生活において通常必要となる経費（利用者の希望によって提供する日常生活上必要な身の回り品など）としてその実費 |

利用者には、(1)の基本利用料金にかかる利用者負担金のほか、下表に該当する場合には、介護給付費の給付対象とならないため、サービス提供をご希望される場合には、下表に掲げる実費負担金をご負担いただきます。

|             |                 |     |     |      |
|-------------|-----------------|-----|-----|------|
| 食事の提供に関する費用 | 昼 食<br>(おやつを含む) | 給付外 | 1 食 | 650円 |
|-------------|-----------------|-----|-----|------|

★上表の実費負担金については、その都度必要に応じてあらかじめ、そのサービスの内容及び費用等についてわかりやすく説明し、利用者本人及びそのご家族の同意をいただきます。

なお、所定の料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。（ただし、法律改正による変更の場合にはこの限りではありません。）

### (3) サービス利用の取り消し料金（キャンセル料）

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、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

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

|        |          |
|--------|----------|
| キャンセル料 | 食費の実費相当額 |
|--------|----------|

### (4) 支払方法

上記(1)から(2)までの利用者負担金は、1か月毎にまとめて明細書を添付の上ご請求しますので、下表に掲げるいずれかの方法によりお支払いください。

なお、これらの利用者負担金の受領に関わる領収書については、利用者負担金の支払いを受けた入金確認後、発行いたします。

| 支 払 区 分 | 支 払 方 法                                                                                  |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| 口座引き落とし | 本サービスを利用した月の翌月15日までに請求し、翌月25日（祝休日の場合は直前の平日）に、利用者が指定する金融機関の口座から引き落とします。                   |
| 銀行振り込み  | 本サービスを利用した月の翌月の25日（祝休日の場合は直前の平日）までに、事業者が指定する金融機関の口座にお振り込みください。<br>ただし、振込手数料は利用者負担といたします。 |
| 現金払い    | 本サービスを利用した月の翌月25日までに、事務所の支払窓口までご来訪いただき、現金でお支払いください。                                      |

### 【事業所が指定する金融機関の口座】

- 玉島信用金庫富田支店 （普通預金）口座番号 7 2 2 1 6 富田ケアセンター有限会社
- 中国銀行倉敷駅前支店 （普通預金）口座番号 2 0 6 2 5 7 3 富田ケアセンター有限会社

### (5) 利用の変更・中止

- 利用者は、いつでも本サービスの内容を変更するよう申し出ることができます。この申し出があった場合には、当該変更が「サービス等利用計画」（以下「ケアプラン」という。）の範囲内で可能であり、本サービスをご利用いただく目的に反するなど変更を拒む正当な理由がない限り、速やかに本サービスの内容を変更します。
- 事業者は、利用者がケアプランの変更を希望する場合には、速やかに、ご利用の相談支援事業所もしくは障がい者支援センター等に連絡するなど必要な援助を行います。
- 利用者は利用予定日の前に、利用者の都合により、本サービス提供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、利用者はその予定日の前日までに申し出てください。

### 【中止連絡先】 看護小規模多機能ホーム 桃の鈴花 （TEL）086－441－5211

- サービス利用の変更・中止の申し出に対して、事業所の稼動状況により利用者の希望する期間に本サービスの提供ができない場合には、他の利用可能日を利用者と協議して、可能な限り別日での振替利用ができるようにいたします。

## 10 サービスの利用に当たっての留意事項

本サービスのご利用に当たってご留意いただきたいことは、以下のとおりです。

- ① 利用時に健康（体調・症状等）について異常があれば申し出ること
- ② 利用者同士の喧嘩他に迷惑になる行為をしないこと
- ③ 利用者の私的な営業活動はしないこと
- ④ 設備・機器を適切に利用すること
- ⑤ 事業所の規則等を遵守すること

## 11 秘密保持

当事業所の事業者等は、退職後も含め、正当な理由がなくその業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を保持し、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

## 12 個人情報の保護

事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

そして、当事業所は、利用者又はそのご家族等からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用するなど、他のサービス事業者等に、利用者又はその家族等の個人情報を提供しません。

また、事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（電磁的記録も含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防

止するものとします。

さらに事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（ただし、開示に際して、複写料などが必要な場合は、利用者の負担となります。）

### 13 虐待の防止

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の対策・措置を講じています。

#### ① 虐待防止に関する責任者の選定

|             |             |
|-------------|-------------|
| 虐待防止に関する責任者 | センター長 秋岡 晃江 |
|-------------|-------------|

#### ② 成年後見制度の利用支援

#### ③ 苦情解決体制の整備

#### ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修の実施

### 14 身体拘束の禁止

事業者は、原則として利用者に対して、身体拘束等、利用者の行動を抑制する行為を行いません。ただし、利用者が自傷他害のおそれが急迫で、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときなど他に取らう手段がない場合には、利用者に対して説明・同意を得た上で、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合には、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束をなくしていくための研修・勉強会などの取り組みを積極的に行っています。

### 15 緊急時における対応方法

本サービス提供中に利用者の体調や容体の急変、その他の緊急事態が生じたときは、速やかに利用者の主治医と緊急時連絡先となったご家族、協力医療機関、ケアプランを作成した事業者等へ連絡を行い、管理者及び従業者の判断により、救急車により医療機関へ救急搬送するなど必要な措置を講じます。

|        |   |       |                             |
|--------|---|-------|-----------------------------|
| 協力医療機関 | ① | 名 称   | 医療法人社団 新風会 玉島中央病院 [院長 櫻井 勝] |
|        |   | 所 在 地 | 倉敷市玉島阿賀崎2-1-1               |
|        |   | 電話番号  | 086-526-8111                |
|        |   | 診 療 科 | 外科、内科、泌尿器科、皮膚科 等            |
|        | ② | 名 称   | 倉敷医療生活協同組合 玉島協同病院 [院長 進藤 真] |
|        |   | 所 在 地 | 倉敷市玉島柏島5209-1               |
|        |   | 電話番号  | 086-523-1234                |
|        |   | 診 療 科 | 内科、消化器内科、循環器内科 等            |
|        | ③ | 名 称   | 医療法人 東風会 守屋歯科医院 [院長 味付 敏郎]  |
|        |   | 所 在 地 | 倉敷市連島矢柄5859                 |
|        |   | 電話番号  | 086-446-6400                |
|        |   | 診 療 科 | 歯科、訪問歯科、口腔外科 等              |

|              |       |     |  |
|--------------|-------|-----|--|
| かかりつけ<br>主治医 | 医療機関  | 名称  |  |
|              |       | 所在地 |  |
|              | 医師の氏名 |     |  |
|              | 電話番号  |     |  |

|                |           |  |
|----------------|-----------|--|
| 緊急連絡先<br>(家族等) | 氏 名 (続 柄) |  |
|                | 住 所       |  |
|                | 電話番号      |  |

## 16 事故発生時の対応

本サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに利用者のご家族、ケアプラン担当の事業者及び倉敷市等へ連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、事故の状況及び事故に際してとった処置について記録し、本サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合には、事業所が加入している保険により損害賠償を速やかに行います。

## 17 非常災害対策

事業者は、当事業所の所在する地域の環境及び利用者の特性に応じて、非常災害に関する具体的計画を策定しており、別途定める消防計画にのっとり対応を行います。

|       |       |        |                |
|-------|-------|--------|----------------|
| 防火管理者 | 伊澤 太郎 | 消防避難訓練 | 毎年2回（3月及び9月）実施 |
|       |       | 消防設備点検 | 年1回実施          |

## 18 苦情相談窓口

### (1) 事業所における苦情・相談の受付専用窓口

本サービス提供に関する苦情やご相談は、当事業所では以下の専用窓口で受け付けます。

|                |                                       |
|----------------|---------------------------------------|
| 【苦情解決責任者（管理者）】 | センター長 秋岡 晃江                           |
| 【受付専用窓口（担当者）】  | センター長 秋岡 晃江                           |
| 【受付時間】         | 月～土曜日 8：30～17：30                      |
| 【連絡先】          | (TEL) 086-441-5211 (FAX) 086-441-5221 |

○当事業所の相談室で随時面接にて対応します。

○苦情受付担当者は、苦情内容を確認します。

○苦情受付担当者は、苦情の内容を管理者へ報告し、苦情処理へ向けた臨時会議を開催します。

○臨時会議の結果をもとに処理結果をまとめ、報告します。

○苦情処理結果を記録し、再発防止に努めるように全職員徹底します。

## (2) 公的機関の苦情相談窓口

本サービス提供に関する苦情やご相談は、以下の機関にも申し立てることができます。

〔行政機関〕※電話相談の場合には、土・日・祝日・年末年始を除きます。

|                         |                                                                                                     |
|-------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 倉敷市 保健福祉局<br>福祉部 障がい福祉課 | 【所在地】 倉敷市西中新田640<br>【電話番号】 086-426-3305<br>【受付時間】 月～金曜日 8:30～17:15                                  |
| 岡山県運営適正化委員会             | 【所在地】 岡山市北区南方2丁目13-1<br>岡山県総合福祉・ボランティア・NPO<br>会館内<br>【電話番号】 086-226-9400<br>【受付時間】 月～金曜日 8:30～17:15 |
| 倉敷市介護保険課                | 【所在地】 倉敷市西中新田640<br>【電話番号】 086-426-3343<br>【受付時間】 月～金曜日 8:30～17:15                                  |
| 岡山県国民健康保険団体連合会<br>介護保険課 | 【所在地】 岡山市桑田町17-5<br>【電話番号】 086-223-8811<br>【受付時間】 月～金曜日 8:30～17:00                                  |

## 19 個別サービス計画等の情報提供

倉敷市、相談支援事業所及び地域の保健・医療・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、サービス担当者会議の場面や、ケアプランの作成において、総合的かつ複合的なサービスの提供に努めるため、必要に応じて情報提供を行います。

## 20 記録の整備

利用者に対する本サービス提供については、諸記録を整備し、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、その完結する日から最低5年間は当事業所において保存します。

## 21 サービスの提供の記録

- (1) 事業者は、本サービスの提供に関する記録を作成することとし、これをこの契約終了後5年間保管します。
- (2) 利用者は、事業者の営業時間内にその事業所にてサービス実施記録を閲覧できます。
- (3) 利用者は、当該利用者に関するサービス実施記録の複写物の交付を受けることができます。
- (4) 利用者または事業者が解約を文書で通知し、かつ、利用者が希望した場合、事業者は直近の居宅サービス計画及びその実施状況に関する書面を作成し、利用者に交付します。

## 22 運営推進会議の設置

事業所が地域に密着し、地域に開かれたものにするために、運営推進会議を設置しています。

- ① 運営推進会議は、おおむね2か月に1回程度開催します。

- ② 運営推進会議の委員は、利用者、利用者ご家族、地域住民の代表者、地域の関係機関及び医療・介護・福祉等の有識者の方々の中から構成しています。
- ③ 会議の内容は、事業所のサービス内容の報告及び利用者に対して適切なサービスが行われているかの確認評価と、意見交換、要望、助言等をいただくものです。
- ④ 運営推進会議の報告内容、評価、要望、助言等については記録を作成します。

## 23 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

|                   |                                                                                                                                                |
|-------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具のご利用         | 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。                                                                            |
| 金銭・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。自己管理の難し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。                                                                             |
| 飲 酒               | アルコールの持ち込みは禁止です。                                                                                                                               |
| 喫 煙               | 当事業所は全館禁煙です。                                                                                                                                   |
| 金品の授受             | 他の利用者や職員への金品の授受は、トラブルの原因になりますのでご遠慮ください。                                                                                                        |
| 迷惑行為等             | 騒音、喧嘩、口論、泥酔等、他の利用者の迷惑になる行為はしないでください。また、許可なく他のご利用者の居室への立ち入りはご遠慮ください。<br>特に、事業所内での秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害する行為があった場合には、ご利用を中止させていただく場合があります。           |
| 宗教活動・政治活動<br>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。                                                                                              |
| 動物飼育              | 施設内へのペットの持ち込みは、原則お断りします。                                                                                                                       |
| 火の元安全と火気厳禁        | 原則として、指定した時間・場所以外での火気使用は厳禁となります。火の元となる機器・器具の持ち込みについては、あらかじめご相談ください。                                                                            |
| 医療機関への受診          | 医療機関への受診については、医師・看護師の判断を必要としますので、事前にご相談ください。受診の付き添いは、緊急やむを得ない場合には行いますが、その他の場合にはご相談ください。                                                        |
| 感染症対策             | 利用者がインフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症等にかかった場合、他の利用者への感染拡大を防止するため、感染の種類によって必要な措置をとることがあります。<br>また、特にインフルエンザのような感染症が流行している場合、感染防止・予防のため、利用内容や外出等を制限することがあります。 |
| 救急対応の場合           | 利用者の体調不良や事故等により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、できる限りご来訪いただきますようご理解・ご協力の程お願いいたします。                                       |

乙は甲に対する、障害者総合支援法に基づく「指定共生型生活介護サービス」の提供の開始に際し、甲に対して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

富田ケアセンター有限公司      代表取締役      山中 祥吉      印

共生型看護小規模多機能ホーム 桃の鈴花

説明者職名 \_\_\_\_\_

氏      名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明と交付を受け、障害者総合支援法に基づく「指定共生型生活介護サービス」の提供開始に同意しました。

令和      年      月      日

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人住所 \_\_\_\_\_

代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

〔続柄：                      〕