

指定生活介護「ハンディーハンズ」重要事項説明書

あなたに対する指定生活介護の提供開始に当たり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者及び事業所の概要

事業者	名称	有限会社 チェリッシュ企画
	所在地	〒468-0051 名古屋市天白区植田二丁目202番地 2階
	法人種別	営利法人
	代表者名	石川 千壽子
	電話番号	052-804-0755
事業所	名称	ハンディーハンズ
	所在地	愛知県名古屋市天白区植田本町三丁目201番地
	定員	20名
	管理者氏名	菅井かおり
	サービス管理責任者	菅井かおり 黒川あゆみ
	電話番号	052-807-5517
営業日・営業時間		月曜日～金曜日 9:00～18:00
サービス提供日・提供時間		月曜日～金曜日 10:00～16:30（ただし12月29日から1月3日までを除く）
営業実施地域		名古屋市、日進市、東郷町
主たる対象者		障害種別の特定なし（身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等患者）
事業の目的		有限会社チェリッシュ企画が実施する指定障害福祉サービス事業の生活介護の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、生活介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な生活介護の提供を確保することを目的とします。
運営の方針		<ul style="list-style-type: none"> ・指定生活介護事業所は、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、常時介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ及び食事の介護、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。 ・事業所は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。 ・事業所は、名古屋市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年12月25日名古屋市条例第80号)その他関係法令を遵守し、事業を実施する。
事業の運営		指定生活介護の提供に当たっては、利用者の負担により、事業所の従業者以外の者による介護は行ないません。

2 事業所の職員体制

職種	従事するサービスの種類	人員
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行います。	1名
サービス管理責任者	個別支援計画の作成、継続的なサービス管理及び評価を行います。	2名
医師	日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行なう。	1名
看護職員	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を行う。	1名
生活支援員	個別支援計画に基づき、日常生活上の支援を行う。	11名
調理員	調理業務に関することを行う。	3名

3 生活介護サービスの内容

サービス内容	(1) 個別支援計画の作成 (2) 食事の提供 (3) 入浴又は清拭 (4) 身体等の介護 (5) 生産活動 (6) 創作的活動 (7) 身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援 (8) 生活相談 (9) 健康管理 (10) 送迎サービス (11) 前各号に掲げるもののほか、日常生活上必要な支援
--------	--

4 利用者負担金

- (1) 生活介護を提供した場合の利用料の額は、告示上の額とし、法定代理受領サービスであるときは、市町村が定める利用者負担額の支払いを受けるものとします。
- (2) 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外のサービスに係る費用

	ご負担額
食費	1食500円（食事提供体制加算該当者は食材料費230円）
日常生活に係る費用	おむつ代等、日常生活において通常必要となる費用で利用者が負担すべき費用は、実費を徴収いたします。
健康診断に係る費用	実費

- (3) 上記利用料の支払い方法は、サービスを提供した翌月の20日に、郵便局の口座から引き落としとなります。
- (4) 上記の費用の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収書を、利用者に発行いたします。
- (5) 法定代理受領を行った場合は、「代理受領額通知書」を発行し、その額を利用者にお知らせします。

5 利用者負担額等に係る管理（上限管理）

「ハンディーハンズ」は、利用者の依頼を受けて、利用者が同一の月に複数の指定障害福祉サービスを受けたときは、その合計額を算定します。この場合において、利用者負担額等合計額が、負担上限月額又は高額障害福祉サービス等給付費算定基準額を超えるときは、指定障害福祉サービス等の状況を確認の上、利用者負担額等合計額を市町村に報告するとともに、利用者及び指定障害福祉サービス等を提供した指定障害福祉サービス事業者及び指定障害者支援施設に通知します。

6 緊急時及び事故発生時等における対応方法について

- (1) 生活介護の提供を行っているときに利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに事業所が定める協力医療機関又は歯科協力医療機関もしくは利用者の主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告します。

医療機関等	名称： 主治医の氏名：	連絡先：
医療機関等	名称： 主治医の氏名：	連絡先：
緊急連絡先	氏名：	連絡先：
緊急連絡先	氏名：	連絡先：

- (2) 協力医療機関等への連絡等が困難な場合には、他の医療機関等への連絡を行う等の必要な措置を講じます。
- (3) 事故が発生したときは、直ちに利用者に係る障害福祉サービス事業者等に連絡するとともに、必要な措置を講ずる。
- (4) 生活介護の提供により賠償すべき事故が発生したときは、速やかに損害を賠償するものとします。

7 健康管理

- (1) 利用者は年1回、協力医療機関の支援の元で、健康診断を実施します。
- (2) 毎日、体温測定・問診等により、体調の変化に気を配ります。
- (3) 緊急を要さない傷病時には、協力医療機関への通院介助を実施します。
- (4) ハンディーハンズが協定を結んでいる協力医療機関は次の通りです。

協力医療機関	
名称	せんだクリニック
住所	名古屋市天白区元植田二丁目2314-1
院長	千田 憲一
診療科目	内科・外科・消化器科・肛門科・リハビリ科
電話番号	052-847-2022

8 非常災害対策

- (1) 非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。
- (2) 非常災害に備えて必要な水や食料を備蓄します。

9 相談窓口、苦情対応

- (1) サービス等に対する苦情やご相談については、当事業者は、以下の専用窓口で受け付けます。

当事業所の相談・苦情窓口	(有)チェリッシュ企画 電話番号：052-804-0755 担当者 石川 千壽子
	ハンディーハンズ 電話番号：052-807-5517 担当者 菅井かおり

(2) 行政機関その他相談・苦情受付機関

愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号： 052-212-5515 FAX番号： 052-212-5514
名古屋市健康福祉局障害福祉 部障害者支援課	名古屋市中区三の丸三丁目1番1号 電話番号： 052-972-3967 FAX番号： 052-972-4149

- (3) 利用者等からの苦情に関して市町村又は愛知県知事及び市町村長が行う調査に協力するとともに、市町村又は愛知県知事及び市町村長から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行います。
- (4) 社会福祉法第83条に規定する運営適正化委員会が同法第85条の規定により行う調査又はあっせんのできる限り協力します。

10 個人情報の保護

- (1) 事業所は、その業務上知り得た利用者等の個人情報については、個人情報の保護に関する法律その他関係法令等を遵守し、適正に取り扱います。
- (2) 職員は、その業務上知り得た利用者等の秘密を保持します。
- (3) 職員であった者が退職後においてもこれらの秘密を保持する事を、職員との雇用契約に定めます。
- (4) 事業所は他の障害福祉サービス事業者等に対して、利用者等に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者等の同意を得るものとします。

11 虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- ①虐待防止に関する責任者の選定及び設置 虐待防止責任者 石川千壽子
- 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の防止を啓発・普及するための研修の実施

12 その他の重要事項

- (1) 職員の資質の向上のために研修の機会を設けます。また、業務の執行体制についても検証、整備します。
- (2) 職員、設備、備品及び会計に関する諸記録を整備します。
- (3) 利用者に対する指定共同生活援助の提供に関する諸記録を整備し、提供した日から5年間保存します。
- (4) 指定生活介護の利用について市町村又は相談支援事業等が行う連絡調整に、出来る限り協力します。

13 評価の実施状況

- ・当事業所は、第三者による評価を実施していません。
- ・当事業所は、年1回以上自己評価を実施しています。

指定生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき、事業者は重要事項の説明を行い、利用者は確認しました。

令和 年 月 日

事業者 〒468-0051
名古屋市天白区植田二丁目202 2階
有限会社 チェリッシュ企画
代表者 石川 千壽子 印

利用者

住所 _____

氏名 _____

印 _____

・保護者 ・成年後見人 (補助人・保佐人・後見人) _____