池田町障害福祉サービス事業所ふれ愛の家
　　　　　指定生活介護事業 重要事項説明書 兼 契約書

（令和6年4月1日現在）

当事業所が提供するサービスについてのご相談窓口

電　　話：０５８５（４４）１８７７

受付時間：午前８時３０分～午後５時１５分（平日）

担　　当：冨田和之（サービス管理責任者）

　　　　　　　　様（以下、「ご利用者」という。）と池田町障害福祉サービス事業所ふれ愛の家（以下、「事務所」という。）は、事業所がご利用者に対して行う障害福祉サービス・生活介護事業について、次のとおり契約します。

**１　生活介護計画**

　サービス管理責任者は、ご利用者について解決すべき課題を把握し、ご利用者の日常生活全般の状況・希望を踏まえた上で、生活介護サービスの目標、担当職員の氏名、職員が提供するサービスの具体的内容、所要期間等を盛り込んだ生活介護個別支援計画書を１４日以内に作成します。

※　生活介護計画については、６ヶ月に１度、定期的に見直します。

※　生活介護計画の見直しについては、その内容をご利用者およびご家族等に説明します。

**２　サービス提供の記録**

　事業所は毎月、翌月のサービス計画・内容を書面により提示します。

※　事業所は介護給付の提供に関する諸記録を作成し、5年間保存します。

※　ご利用者は事業所の営業時間内において、当該ご利用者に関する諸記録を閲覧できます。

※　ご利用者は当該ご利用者に関する諸記録の複写物の交付を受けることができます。

**３　生活介護とは**

　自立した日常生活または社会生活を営むことができる様、排せつ及び食事の介護、その他必要な日常生活上の支援、創作的活動または生産活動の機会の提供と、生活能力の向上に必要な援助を行います。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 | 社会福祉法人　池田町社会福祉協議会 |
| 法人所在地 | 〒５０３－２４１７　岐阜県揖斐郡池田町本郷１６２８－２ |
| 電話番号 | ０５８５－４５－８１２３FAX　　　４５－９６０４E-Mail　　syakyou@town.ikeda.gifu.jpﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　http://www.town.ikeda.gifu.jp/shakyou/ |
| 代表者氏名 | 会長　岡﨑　和夫 |
| 設立年月日 | １９８７（S６２）年２月１７日 |

**４　サービスを提供する事業者の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設の名称 | 池田町障害福祉サービス事業所ふれ愛の家 |
| 事業所番号 | ２１１２６００２１４ |
| 指定日 | ２０１０（H２２）年４月１日 |
| 事業名及び定員 | 生活介護　定員２３人 |
| 所在地 | 〒５０３－２４１４　岐阜県揖斐郡池田町下東野１８－８ |
| 電話番号 | ０５８５－４４－１８７７　FAX:４４－１８７８ |
| 開設年月日 | ２０１０（H２２）年４月１日 |
| サービス提供地域 | 池田町全域 |
| 主たる対象者 | １８歳以上の知的障害者・身体障害者・精神障害者 |
| 併設事業 | 就労継続支援（B型）　定員２２人 |

**５　事業所の概要**

**6　事業所の職員体制および勤務体系**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 常勤 | 備　　　　　　　　　　　考 |
| 専従 | 兼務 |
| 管理者 | 1 | 　 | 1 | 社協事務局長 |
| サービス管理責任者 | 1 | 1 | 　 | 就労継続／生活介護 |
| 職業指導員 | 1 | 1 | 　 | 就労継続介護 |
| 医師 | 1 | 　 | 1 | 生活介護 |
| 看護職員 | １以上 | 1 | 　 | 生活介護 |
| 生活支援員 | 8以上 | 9 | 　 | 就労継続　生活介護 |
| 上記職員の勤務体系 | 正規の勤務時間は午前８：３０から午後５：１５までです。 |

**７　事業所のサービス内容**

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | サービスの内容 |
| 相談および支援 | ご利用者並びにそのご家族が希望する生活や、利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談支援等を行います。 |
| 援助 | ご利用者の心身の状況に応じ自立の支援と日常生活の充実に必要な訓練を行います。また、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。①　作業活動の機会を提供します。　　④　表現活動の機会を提供します。②　社会参加の機会を提供します。③　レクリエーションの機会を提供します。 |
| 訪問支援 | 常時サービスを利用しているご利用者が、心身の状況の変化により、５日以上連続して利用がなかった場合、家族の同意の上で、居宅を訪問して状況を確認します。 |
| 健康管理 | 日常生活上必要な健康管理と記録を行います。池田町保健センターと連携し健康保持のための適切な支援を行います。 |

1. 営業日と営業時間

営業日　：月曜日～金曜日（国民の祝日および冬期休暇は休業）

営業時間：９：３０～１６：００ただし、営業時間の前後３０分は通所必要時間として受け入れます。

* ＜サービス利用の取り消し＞

　　　ご利用者がサービスの取消をする場合は、利用予定日の午前８時３０分までに申し出てください。

**８　ご利用料金**

1. 訓練等給付費対象サービス利用料金（1日あたり）・・・下記の表の1割がご利用者負担額になります。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 報酬単価 | 　 | 生活介護 | 就労継続支援（B型） |
| H２４．４～ | 厚生労働省が定めた額 | 厚生労働省が定めた額 |

　その他、各種加算が付きます。

1. 負担上限額

|  |  |
| --- | --- |
| 所得区分 | 負担上限額／月額 |
| 障害基礎年金２級受給者（低所得１） | ０円（受給者証の定められた額） |
| 障害基礎年金１級受給者（低所得２） | ０円（受給者証の定められた額） |
| 一般（所得割１６万円未満） | ９，３００円（受給者証の定められた額） |

1. 指定障害福祉サービス対象外の（サービス利用）料金

以下については、料金をいただきます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| サービスの種類 | サービスの内容 | 金額 |
| おやつ代金 | おやつ等購入費 | ３０円×利用日数 |
| 日用品費等 | ①備品費　②レクリエーション経費 | 実費 |
| その他 | ・サービス提供記録等の複写代・証明書諸書類の発行代・口座振込手数料 | 実費 |
| 傷害保険加入（事業所利用時間内） | 施設利用時間内（送迎時間含む）の怪我等に備えて傷害保険に加入します。 | 事業所負担 |
| 傷害保険加入（事業所利用時間外） | 施設利用時間外（夜間・土日祝日等）の怪我等に備えて傷害保険に加入できます。 | 実費 |
| 昼食費 | お弁当持参、もしくは希望により弁当業者よりとることができます。 | 実費 |

1. 支払方法

料金は１ヶ月ごとに計算し、翌月１５日に指定金融機関：いび川農協（利用者名義）から口座振替でお支払いただきます。

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名／医院長名 | 医療法人　社団橘会　新生病院／今村　明 |
| 住　　　所／電話番号 | 池田町本郷１５５１－１／０５８５－４５－３１６１ |
| 診　療　科／入院設備 | 内科・外科・脳神経外科／有り |

　（非常災害対策）

施設は、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・連絡体制を整備し、それらを定期的に職員に通知するとともに、定期的に避難、救出、その他必要な訓練を行います。

**10　相談・苦情申し立て**

|  |  |
| --- | --- |
| 受付機関 | 社会福祉法人　池田町社会福祉協議会　所在地：池田町本郷１６２８－２／電話番号：０５８５－４５－８１２３ |
| 池田町障害福祉サービス事業所ふれ愛の家　所在地：池田町下東野１８－８／電話番号：０５８５－４４－１８７７ |

※　上記以外に池田町役場またはお住まいの市町村

※　第三者評価は実施しておりません。

**11　当事業所ご利用の際に留意していただく事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 外出 | 事務所から外出する場合は、事前に職員に連絡してください。 |
| 事業所の設備・器具の利用 | 事業所の設備・器具は本来の用途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等が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒 | 喫煙は、決められた場所でお願いします。飲酒は禁止です。 |
| 貴重品の管理 | 貴重品につきましては、ご利用者の責任において管理してください。自己管理できないご利用者につきましては、ご家族での管理をお願いします。 |
| 宗教活動・政治活動・営利活動 | ご利用者の思想・信仰は自由ですが、他のご利用者に対する宗教活動・政治活動・営利活動はご遠慮ください。 |
| 動物飼育 | 事業所内へのペットの持ち込みはご遠慮願います。 |

**12　ご利用者の記録および情報の管理等（守秘義務）**

1. 事業所は、正当な理由がある場合を除き、ご利用者またはそのご家族の個人情報を他に漏らすことはありません。退職した職員も同様です。なお、ご利用者の心身の状況を踏まえ適切にサービスの提供を行うために、必要最小限の個人情報をご契約時にいただいた書類から、嘱託医やかかりつけ医、関係機関等（市町村、ご利用事業所）との連絡調整のために使用させていただくことがあります。
2. 当事業所は法令に基づいて利用者の記録・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。また、利用者の記録・情報は契約終了後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８：３０～午後４：００です。

**13　賠償責任**

1. 事業所は、本契約に基づくサービスに伴って、自己の責に帰すべき事由によりご利用者に生じた損害について賠償責任を負うこととします。
2. 事業所は、前項の損害賠償責任の履行については速やかに行うこととします。

**14　虐待防止**

1. 人権擁護・虐待防止に関する責任者はサービス管理責任者とし、必要な体制の整備をしています。
2. 当事業所は、いかなる場合も従業員による利用者に対する身体的・精神的・社会的等の虐待はしません。

**15　衛生管理**

1. 当事業所は、利用者が使用する物品・設備や食料・飲料について、衛生的な管理に努め、医薬品・医療用具の管理を適切に行います。
2. 事業所において感染症が発生した場合は、蔓延しないように必要な措置を講じます。

**16　契約の期間**

　本契約の期間は、受給者証の有効期限内の週　5日（月～金）とします。また、更新により有効期限が変更になった場合は、その期間となります。ただし、受給者証更新時に本人の意思の確認が必要です。

* 契約の終了

ご利用者または事業者が次の各号のいずれかに該当した場合、本契約は終了するものとします。

* 1. ご利用者が契約サービスの利用が困難な状況に至った場合。
	2. ご利用者が死亡した場合。
	3. ご利用者が3か月以上サービスを利用しなかった場合、または3か月連絡が取れなかった場合。
	4. 事業所が解散命令を受けた場合、倒産した場合またはやむを得ない理由により閉鎖した場合。
	5. 事業所の滅失や破損により、訓練等給付サービスの提供が不可能になった場合。
	6. 事業所が指定障害福祉サービス事業の指定を取り消された場合、または指定を辞退した場合。
	7. ご利用者または、事業者から本契約が解約された場合。
* ご利用者からの契約解除

ご利用者は、３０日以上の予告期間をおいて文書で事業部に通知することにより、本契約を解約することができるものとします。ただし、特別な事由がある場合は、文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することができます。

* 事業者からの契約解除

事業所は、やむを得ない理由がある場合には、３０日以上の予告期間をおいて文書で通知することにより、本契約を解約することができるものとします。ただし、特別な事由がある場合は、文書で通知することにより、直ちに本契約を解約することができます。

**17　連帯保証**

　事業所は、ご利用者に対し法定代理人が選定されるまでの間、身元引受人を求めるものとします。身元引受人は、利用者が本契約に基づき債務を負う時は、ご利用者と連帯して履行の責任を負担することとします。

**18　協議事項**

　本契約に定められていない事項について問題が生じた場合、事業所は障害者の日常生活・社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）その他諸法令の定めるところに従い、ご利用者と誠意をもって協議するものとします。

　以上の契約を証するため、双方が承諾・押印後、本通を各々1通ずつ保有するものとします。大切に保管してください。

令和　　年　　月　　日

　以上、障害福祉サービス生活介護の提供開始にあたり、ご利用者に対して本書面に基づき重要事項・契約内容を説明いたしました。ご利用者の承諾・押印後、サービスの提供を開始いたします。

　事業者　　　所在地　　岐阜県揖斐郡池田町本郷1628―2

　　　　　　　名　称　　社会福祉法人　池田町社会福祉協議会

　　　　　　　代表者　　会　　　長　岡　　﨑　　和　　夫　　　　印

　　　　　　　説明者　　サービス管理責任者　冨　田　和　之　　　印

　私は本書面に基づいて、障害福祉サービス生活介護について、本重要事項・契約内容の説明を受け、了承いたしました。サービス提供を依頼します。

　ご利用者　　　住　所　　岐阜県揖斐郡

　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　法定代理人　　住　所　　岐阜県揖斐郡

　　続　柄

（　　　　　）　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印