

# 七戸町障害者地域生活支援事業 重要事項説明書

当事業所は障害福祉サービス支給決定者以外の利用者に対して、生活支援・家事援助及び外出の支援サービスを提供いたします。

この説明書は、七戸町障害者地域生活支援事業の対象者として認められたご利用者に対して、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを利用契約に付随して説明するものです。

## 社会福祉法人七戸町社会福祉協議会

〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1

TEL 0176-62-4419

FAX 0176-62-3628

1 事業者

事業者名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会
代表者氏名	会長 濱 中 幾治郎
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
法人設立年月日	平成17年4月1日

2 事業所の概要

事業所名	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会	
所在地	〒039-2505 青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1	
連絡先	電話番号	0176-62-6790 (代表) 0176-62-4419 (直通)
	FAX番号	0176-62-3628
管理者氏名	管理者 保土澤 沙織	
法令遵守責任者	事務局長 町屋 とも子	
通常の事業実施地域	青森県上北郡七戸町全域	

3 運営方針

当事業所は、七戸町との業務委託契約に基づき、サービスを実施いたします。

4 営業日及び営業時間

営業日	年中無休
営業時間	午前8時から午後5時

5 サービスの提供日及び提供時間

提 供 日	年中無休
提 供 時 間	午前8時から午後6時

6 職員体制

職 名	資 格	常 勤	非 常 勤	兼務の別	合 計	業 務 内 容
管 理 者	介護福祉士	1名	—	兼 務	1名	○従業者及び業務の管理 ○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
サ ー ビ ス 提 供 責 任 者	介護福祉士	3名	—	兼 務	3名	○利用調整・技術指導 ○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
居 宅 介 護 員	介護福祉士	5名	2名	兼 務	11名	○入浴・排泄・食事等の生活全般にわたる援助
	初任者研修修了者 ヘルパー2級	2名	2名	兼 務		
事 務 職 員	—	1名	—	兼 務	1名	○請求事務
合 計		12名	4名	—	16名	—

※ サービス利用のために

① サービス提供責任者及び居宅介護員の変更を希望される場合は、お申し出ください。

② 従業員への研修の実施

ア 採用後1月以内に採用時研修を実施しています。

イ 年1回以上、継続研修を実施しています。

7 サービスの内容（ご家族に対してのサービスは行いません。）

事 業 名	サ ー ビ ス の 内 容
生 活 サ ポ ー ト 事 業	障害者等の居宅を訪問し、生活支援、家事援助等の支援 ●生活支援—相談支援・見守り・声かけ等 ●家事援助—調理、衣類の洗濯・補修、掃除・整理整頓、生活必需品の買い物、関係機関との連絡等
移 動 支 援 事 業	屋外での移動が困難な障害者等について、社会生活上必要不可欠な外出及び余暇活動等の外出の支援

8 サービスの利用料金

障害福祉サービス支給決定者以外の利用者にサービスを提供した際は、七戸町障害者地域生活支援事業委託契約に基づき、サービス利用料金の1割を、利用者負担額としてお支払いいただきます。

(1) サービス利用料金並びに利用者負担額の目安

①生活サポート事業－1ヶ月あたり16時間まで利用できます。

サービス提供時間数		利 用 料	利用者負担額
生活支援	1時間以内	1,000円	100円
	2時間以内	2,000円	200円
	3時間以内	3,000円	300円
家事援助	1時間以内	1,500円	150円
	2時間以内	3,000円	300円
	3時間以内	4,500円	450円

※ 1時間を超えて端数がある場合は、30分未満は切り捨て、30分以上は1時間となります。

②移動支援事業－1ヶ月あたり社会生活上必要不可欠な外出は10時間、余暇活動等の外出の支援20時間まで利用できます。

サービス提供時間数		利 用 料	利用者負担額
社会生活上必要不可欠な外出	1時間以内	1,500円	150円
	2時間以内	3,000円	300円
	3時間以内	4,500円	450円
	4時間以内	6,000円	600円
	5時間以内	7,500円	750円
	1時間増す毎	1,500円加算	150円加算
	身体介護を行った場合(2時間まで)	1,000円加算	100円加算
余暇活動等の社会参加のための外出	1時間以内	1,000円	100円
	2時間以内	2,000円	200円
	3時間以内	3,000円	300円
	4時間以内	4,000円	400円
	5時間以内	5,000円	500円
	1時間増す毎	1,000円加算	100円加算
	身体介護を行った場合(2時間まで)	700円加算	70円加算

※ 1時間を超えて端数がある場合は、30分未満は切り捨て、30分以上は1時間となります。

(2) その他

サービスを提供するためにご利用者のお住まいで使用する電気、ガス、水道等の費用はご

利用者のご負担となります。

## 9 利用料の請求及び支払方法

利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月15日までに前月分の請求をいたしますので、請求月の末日までに銀行振り込みによりお支払いください。

## 10 サービスの利用方法

### (1) サービスの利用開始

まずは、お電話でお申し込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

### (2) サービスの終了

①ご利用者のご都合でサービスを終了する場合、サービスの終了を希望する1週間前までにお申し出ください。

②当事業所の人員不足等やむを得ない事情によりサービスの提供を終了させていただく場合がございますが、その場合は終了1ヶ月前までに文書で通知いたします。

#### ③自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者の障害福祉サービス支給決定がなされた場合

イ ご利用者が亡くなられた場合

#### ④その他

ご利用者やご家族などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

## 11 秘密の保持について

①当事業所の従業者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

②当事業所で従業者であった者は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を漏らしません。

③事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

## 1.2 利用者の記録や情報の管理・開示

当事業所では、関係法令及び社会福祉法人七戸町社会福祉協議会個人情報保護規程に基づいて、利用者の記録や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。なお、開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。また、利用者に対するサービス提供に関する諸記録は、七戸町障害者地域生活支援事業によるサービスを提供した日から5年間保存いたします。

### (1) 記録項目

- ①サービス利用計画
- ②アセスメントの記録
- ③モニタリング結果の記録
- ④利用者からの苦情の内容等の記録
- ⑤事故の状況及び事故に際しての対応の記録

### (2) 閲覧・複写の受付

受 付 時 間	午前8時から午後5時
---------	------------

## 1.3 事故発生時の対応方法

サービスの提供中に事故が発生した場合は、ご利用者に対し応急処置、医療機関への搬送等の措置を講じ、速やかにご利用者がお住まいの市町村、ご家族、障害福祉サービス事業者等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録するとともに、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。なお、当事業所のサービスにより、ご利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

当事業者は、下記の損害賠償保険に加入しております。

保 険 会 社 名	日本興亜損害保険株式会社
保 険 名	福祉サービス総合保障
補 償 の 概 要	ケガの補償・賠償責任の補償・感染症補償

## 1.4 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、ご家族、相談支援専門員等へ連絡いたします。

主治医	氏名		電話番号	
	連絡先			
ご家族	氏名		電話番号	
	連絡先			

## 1.5 サービス内容に関する苦情

### (1) 当事業所のご利用者相談・苦情窓口

担当者	西野元
電話番号	0176-62-6790
FAX番号	0176-62-3628
受付日	平日（祝日、12月29日から1月3日を除きます。）
受付時間	午前8時から午後5時

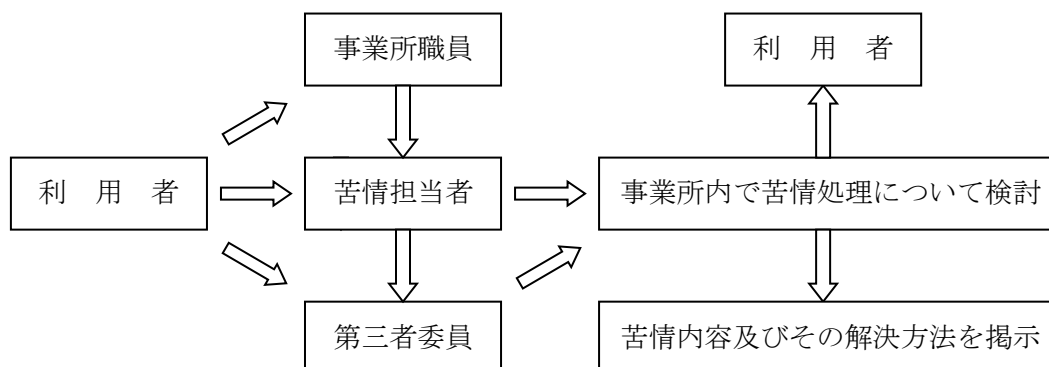
### (2) 第三者委員

当事業所では、地域に居住の以下の第三者委員を選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対する意見などをいただいています。利用者又は契約者は、当事業所への苦情やご意見につきましては第三者委員に相談することができます。

第三者委員	電話番号
江渡慶子	0176-68-3203
岡村千鶴子	0176-62-2746
甲田友廣	0175-63-3505

### (3) 当事業所における苦情処理体制

#### 【苦情処理フロー】



#### (4) その他

当事業所以外に、お住まいの市町村及び青森県運営適正化委員会の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

相談・苦情窓口	電話番号
七戸町健康福祉課	0176-68-4631
青森県運営適正化委員会	017-731-3039

#### 1.6 虐待の防止について

当事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

①虐待防止に関する責任者を選定を行います。

虐待防止責任者	訪問介護事業所管理者 保土澤 沙織
---------	-------------------

②成年後見制度の利用支援を行います。

③苦情解決体制の整備を行います。

④従業員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施し、人権意識の向上、知識や技術の向上に努めます。

⑤個別支援計画の作成など適切な支援の実施に努めます。

⑥従業者が支援にあたっての悩みや苦労を相談できる体制を整えるほか、従業者が利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

⑦サービス提供中に、当事業所職員又は家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに市町村に通報します。



サービス提供開始に係る同意書

令和 年 月 日

七戸町障害者地域生活支援事業の提供に際し、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	青森県上北郡七戸町字立野頭139番地1
	名称	社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会
説明者	職名	
	氏名	印

私は、本書面に基づいて事業者から七戸町障害者地域生活支援事業の利用について重要事項の説明を受け、サービスの提供開始に同意します。

利用者	住所：	
	氏名：	印

契約者	住所：	
	氏名：	印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者	住所：	
	氏名：	印
	続柄：	

## 個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により必要最低限の範囲内で使用することに同意します。

### 記

#### 1 使用目的

- (1) 七戸町障害者地域生活支援事業によるサービスの提供を受けるにあたって、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合。
- (2) 上記（1）の外、障害福祉サービス事業所との連絡調整のために必要な場合。
- (3) 私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合。
- (4) 当事業所で、本事業及び関連する事業の事務において必要な場合。

#### 2 個人情報を提供する事業所

- (1) 利用する障害福祉サービス事業所
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合）

#### 3 使用する期間

七戸町障害者地域生活支援事業によるサービスの提供を受けている期間

#### 4 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることのないよう細心の注意を払います。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録します。

令和 年 月 日

社会福祉法人 七戸町社会福祉協議会 殿

利用者 住 所  
氏 名 印

家族等 住 所  
氏 名 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所  
氏 名 印  
続 柄