あさごふれ愛の郷 あおぞら 多機能型事業所
 (指定生活介護・指定就労継続支援B型・指定就労移行支援)
 重要事項説明書

重要事項説明書とは、当事業所がサービス利用契約の締結を希望される方に対して、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

施設・設備の概要や提供されるサービスの内容、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。

1 事業者の説明

事業者の名称	社会福祉法人朝来市社会福祉協議会
法人所在地	兵庫県朝来市新井73番地1
代表者氏名	会長 伊藤 宣廣
電話番号	079-677-2702
FAX番号	079-677-2706
法人の設立年月	平成17年4月1日

2 事業の目的と運営の方針

種類	多機能型事業 令和3年1月1日 指定 2814900086
目的	利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な多機能型事業（生活介護・就労継続支援B型・就労移行支援）のサービス提供を行います。
名称	あさごふれ愛の郷あおぞら
管理者	谷井 章子
サービス管理責任者	生活介護/谷井章子 就労継続支援B型・就労移行/西垣裕子
所在地	兵庫県朝来市新井1番地1
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者
運営方針	別紙運営規程による
電話番号	079-677-1613
FAX番号	079-677-1689

3 利用定員

生活介護	15名	就労移行支援	6名
就労継続支援B型	45名		

4 ご利用施設の概要

(1) 施設

建築構造	鉄骨造 2階建
敷地面積	1,346.97㎡
延床面積	1,152.4㎡

(2) 主な設備

設備の種類	面積㎡	設備の種類	面積㎡
食堂兼多目的室 (生活介護、就労B型、就労移行、短期入所共用)	74.4㎡	訓練・作業室 (生活介護)	45㎡
相談室兼静養室 (生活介護、就労B型、就労移行、短期入所共用)	10㎡	訓練・作業室 (就労継続支援B型)	135㎡
クールダウン室 (生活介護、就労B型、就労移行、短期入所共用)	10㎡	訓練・作業室 (就労移行支援)	20㎡
更衣室 (生活介護、就労B型、就労移行共用)	10㎡	便所 (生活介護、就労B型、就労移行共用)	多機能用7.5㎡ 男子用15㎡ 女子用15㎡
シャワー室 (生活介護、就労B型、就労移行、短期入所共用)	1㎡	事務室 (施設共用)	35㎡

(3) 職員体制

職種	事業	員数	勤務形態			
			常勤専従	常勤兼務	非常勤専従	非常勤兼務
管理者	多機能型	1	1			
サービス管理責任者	生活介護	2		2		
	就労継続支援B型					
生活支援員	就労移行支援					
	生活介護	5	1	1	2	1
	就労継続支援B型	6	3	1	2	

	就労移行支援					
職業指導員	就労継続支援 B 型	5		2	2	1
	就労移行支援	1		1		
目標工賃達成指導員	就労継続支援 B 型	1	1			
就労支援員	就労移行支援	1		1		
看護師	生活介護	3			3	

5 職員の勤務体制

職種	勤務時間
管理者・サービス管理責任者・生活支援員・ 目標工賃達成指導員・職業指導員	8：30～17：15
看護師	8：30～12：00

6 事業の概要

(1) 利用者の介護給付費・訓練等給付費対象サービス料金
障害者総合支援法によるものとする。

①生活介護

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
生活介護（介護給付費） 所要時間 3 時間未満		
区分 6	4,210 円	421 円
区分 5	3,140 円	314 円
区分 4	2,190 円	219 円
区分 3	1,960 円	196 円
区分 2 以下	1,760 円	176 円
所要時間 3 時間以上 4 時間未満		
区分 6	5,270 円	527 円
区分 5	3,930 円	393 円
区分 4	2,740 円	274 円
区分 3	2,430 円	243 円
区分 2 以下	2,200 円	220 円

所要時間 4 時間以上 5 時間未満		
区分 6	6,630 円	663 円
区分 5	4,720 円	472 円
区分 4	3,270 円	372 円
区分 3	2,910 円	291 円
区分 2 以下	2,640 円	264 円
所要時間 5 時間以上 6 時間未満		
区分 6	7,380 円	738 円
区分 5	5,500 円	550 円
区分 4	3,810 円	381 円
区分 3	3,390 円	339 円
区分 2 以下	3,070 円	307 円
所要時間 7 時間以上 8 時間未満		
区分 6	10,540 円	1,054 円
区分 5	7,860 円	786 円
区分 4	5,440 円	544 円
区分 3	4,840 円	484 円
区分 2 以下	4,380 円	438 円
所要時間 8 時間以上 9 時間未満		
区分 6	11,150 円	1,115 円
区分 5	8,470 円	847 円
区分 4	6,050 円	605 円
区分 3	5,450 円	545 円
区分 2 以下	4,990 円	499 円

②就労継続支援 B 型（平均工賃月額 1 万 5 千円以上 2 万円以下）

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
就労継続支援 B 型 （訓練等給付費）	5,010 円	501 円

③就労移行支援

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
就労移行支援 （訓練等給付費）	3,870 円	387 円

《加算について》

送迎加算 (指定生活介護サービス・指定就労継続支援B型サービスのみ)	ご自宅等と施設間の送迎を利用される場合に加算されます。210円 (片道ずつ)
欠席時対応加算	利用者が急病等により利用を中止され、連絡調整や相談援助を行った場合に月4回まで加算されます。940円 (1回)
目標工賃達成指導員加算 (指定就労継続支援B型サービスのみ)	作成した工賃向上計画に基づき、掲げた工賃目標の達成に取り組んでいる事業所に加算されます。380円 (1日)
福祉・介護職員等処遇改善加算 (Ⅱ)	《生活介護》 10円/月×所定単位数×8.0% (自己負担は1割相当額) 《就労継続支援B型》 10円/月×所定単位数×9.1% (自己負担は1割相当額) 《就労移行支援》 10円/月×所定単位数×10.1% (自己負担は1割相当額)
加算等の変更について	法改正等において加算内容に変更が生じた場合は、その都度文書でお知らせします。

(2) 介護給付費・訓練等給付費支給対象サービス

介護給付費及び訓練等給付費(市町から支給される額及び介護給付費・訓練等給付費対象サービス費等)の範囲内で提供するサービスの内容は以下のとおりです。

なお、利用者ごとに提供するサービスの内容については、個別支援計画に基づくものとします。

①基本的な生活に関わる支援

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその保護者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、助言、援助等を行います。 相談窓口 管理者 谷井 章子

訓練	<p>○生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力等を向上するための訓練を行います。(日常生活訓練・社会適応訓練等)</p> <p>○身体の機能、生活能力の維持・向上、及び生産活動等の訓練を行います。</p> <p>○一般就労に必要な基礎体力の向上や知識マナー等の習得の支援をします。また、事業所外就労支援(職場実習やトライアル雇用等)など一般就労に向けての支援を行います。</p>
就 労	<p>○軽作業等の生産活動の機会を提供します。</p> <p>○工賃の支払について 生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。</p>
実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、障害者就労・生活支援センター等の関係機関と連携を図りながら職場実習の実施後、求職活動の支援の実施、職場定着の為の支援を行います。
排 泄	適切な排泄介助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
介 護	<p>○利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。</p> <p>ただし、当事業所が、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮をしていたにもかかわらず、事故等が発生し、その原因が当事業所に起因しない場合には責任を負いかねる場合があることを予めご了承ください。例えば、完全な転倒防止等をお約束することは致しかねます。</p> <p>○着脱衣について必要に応じて介助や確認をします。</p> <p>○整容、毎食後の歯磨き援助、介助等をします。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。</p> <p>○その他、生活のリズムを整えるような支援をします。</p>
健康管理	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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。

②介護給付費支給サービス対象となる日用品は以下のとおりです

種類	内 容
日用品	日常生活に必要な日用品の内、次の品(手指消毒薬・石けん・ト

	イレットペーパー等) ※施設で指定したものとなります。 特定のを希望される場合は持参いただくか、③のとおり実費をいただきます。
--	--

③給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
創作的活動及びクラブ活動等	創作的活動及びクラブ活動を行う上でかかる費用で、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担していただくことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費 ④その他	実費
就労に向けての支援に必要な諸経費	就労や実習に向けての支援のうち、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	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・その他	実費
送迎	(生活介護、就労継続支援B型) ○個別支援計画により送迎をいたします。送迎車両への乗降場所については、送迎時間や他の利用状況により相談の上、決定させていただきます。 ○車両内での危険行為等がある場合は、送迎車の利用をお断りする場合があります。 ○自主通所を希望の場合は、安全を確認の上、通所してください。通所中の事故等はご本人の責任とします。なお、自主通所または自主通勤される場合は、通所の補助費を工賃とは別にお支払いします。 (就労移行支援) ○原則自主通所としますので、安全を確認の上、通所してください。通所中の事故等はご本人の責任とします。	送迎加算で負担

④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)される場合は、利用予定日の前日までに当事業所へご連絡ください。尚、サービス利用日の前日までに申出のない場合は、キャンセル料を頂きます。	キャンセル料 (500円)
---	------------------

7 解約について

(1) 利用者からの解約について

- ①利用者は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の1か月前までに当事業所に届けることによって、この契約を解約することができます。この場合の解約料は無料です。
- ②次の場合、利用者は事業者申し出を行うことによって「契約解約申出書」を提出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。この場合も解約料は無料です。

ア. 事業者が正当な理由なしに契約に定めるサービスを実施しない場合 イ. 事業者が利用契約書第10条に定める(守秘義務)に違反した場合 ウ. 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合。 エ. 他の利用者が利用者の生命・身体・財産・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応を取らない場合

- ③ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業者からの契約解除について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事由がある場合、利用者に対して契約終了日の1か月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解除することができます。

ア. 利用者及びその保護者が、この契約に定める利用料金等の支払いを3か月以上滞納し、文書による督促を行ったにもかかわらず、支払いがなかった場合 イ. 利用者及び保護者が、故意又は重大な過失により、事業者、事業者もしくはサービス提供従事者に生命・身体・財産・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合 ウ. 利用者及び保護者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

8 緊急時の対応

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡をする

等の措置を行い医師の指示に従います。

9 感染症発症時の対応方法

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、他の利用者へ影響を考慮し次の対応をとらせて頂きます。

(1) 健康診断等

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、主治医等の診察を受けて頂き、診断書（証明書）の提出をお願いする場合があります。

(2) サービスの利用中止・変更

利用者又はご家族からのご要望を頂いたとしても、治癒するまではサービス提供をお断りする若しくは、サービス内容の変更をする場合があります。

(3) 施設休業

施設内で集団感染の恐れのある場合は施設休業をやむなく行う場合があります。

10 サービスご利用に際してのお願いについて

ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

11 サービス利用に際しての禁止事項について

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。

12 虐待防止に関する事項について

利用者の人権を擁護し、虐待防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) サービス提供中に、虐待を受けていると思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを朝来市役所に通報します。
- (5) 生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束など行動を制限する行為を行いません。

13 苦情申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当法人ご相談窓口	窓口担当：谷井章子サービス管理責任者（生活介護） 西垣裕子サービス管理責任者 （就労継続支援B型、就労移行支援） ご利用時間：8：30～17：15
----------	--

	電話番号：079-677-1613 FAX番号：079-677-1689
第三者委員会 朝来市社会福祉協議会内	兵庫県朝来市新井73番地1 電話番号：079-677-2702 FAX番号：079-677-2706
朝来市役所 健康福祉部ふくし相談支援課	兵庫県朝来市和田山町東谷213番地1 電話番号：079-672-6125 FAX番号：079-672-4109
福祉サービス運営適正化委員会	所在地：兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-18 電話番号：078-242-6868 FAX番号：078-271-1709
朝来市障害者虐待防止センター	兵庫県朝来市和田山町東谷213番地1 電話番号：079-672-6125 FAX番号：079-672-4109

1.4 協力医

協力医は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・治療を保証するものではありません。

医療機関名	所在地	電話番号	診療科目
木村医院	朝来市立野 366-2	079-677-0007	内科

1.5 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記し、ご利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、放課後等デイサービス計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令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。（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。）

1.6 事業所と保護者の連絡方法

事業所は、利用者及び家族との連絡は「連絡ノート」により対応しますが、利用中の様子や緊急連絡に対応するため、SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）等を活用し適時の情報発信に努めます。

1 7 非常災害時の対応

非常時の対策	多機能型事業所消防計画書により対応いたします。
防災訓練	必要に応じて行います。
防災設備	消火器・火災報知機・緊急通報装置・非常灯・ガス漏れ警報器

1 8 施設を利用の際に留意していただく内容

設備・器具の利用	施設の設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
喫煙	施設内は全面禁煙です。
貴重品の管理	利用者の所有する貴重品については、ご自身の責任において管理していただくことが原則です。紛失等の事故に対する責任は社会福祉法人朝来市社会福祉協議会で負いません。
宗教・政治及び営利活動	利用者の思想・信教は自由ですが、他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。
衛生保持	施設内の清潔、整理整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。
防災対策	火災予防については特に注意を払ってください。
その他	利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合、必要な措置を取ることが出来るものとします。その場合、ご本人のプライバシー等に保護について十分な配慮を行います。

1 9 利用料金・費用のお支払い方法

利用料金・費用については1か月ごとに計算し、利用明細を添えて利用月の翌月15日（15日が休日の場合は翌営業日とさせていただきます）までに利用者あてにご請求しますので、翌月25日（但し、25日が日曜日の場合は翌日）までに入金ください。

お支払い方法 ご利用者の指定金融機関の口座から自動引落としとなります。

2 0 損害賠償保険への加入

- (1) 当事業所の責任において、ご利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合、事業所はご利用者にその損害を賠償いたします。

※法人が加入する損害保険範囲内で対応いたします。

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定障害福祉サービス事業に関するサービス（共同生活援助）の提供及び利用の開始に同意しました。

（利用者） 住所： 朝来市

氏名： _____ ⑩

（代理人） 住所： 朝来市

氏名： _____ ⑩

【ご利用者の緊急時連絡先表】

利用者氏名 _____ 様

《緊急時の連絡先》

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	

家 族 等	緊急時の連絡先 家族等氏名	
	・住 所	朝来市
	・電話番号	電話
		携帯電話
	・メールアドレス	
	次の緊急連絡先 家族等氏名	
	・住 所	朝来市
	・電話番号	電話
携帯電話		