

地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛 重要事項説明書
〔地域生活支援事業〕

この「重要事項説明書」は社会福祉法第76条の規定により、地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛利用契約を締結する上でご注意いただきたい事項について説明を行う文書です。

障害者自立支援法に基づく地域活動支援センター事業のご利用には、原則としてお住まいの市町村で利用申請し、地域生活支援事業受給者証（以下「受給者証」という。）の交付を受けて下さい。なお受給者証には、受けられる事業名、支給量、及び有効期限等が記載してありますので、ご利用の際には必ずご確認願います。

1. 事業者及び事業所(施設)名称・概要

法人名称・所在地	社会福祉法人 嘉 祥 福 祉 会 / 愛知県津島市唐臼町半池72番地6		
設立年月日	平成 元 年 1 2 月 2 6 日	代表者職氏名	理事長 河 西 あつ子
連絡先	Tell (0567) 32-2631 Fax (0567) 32-2632		
事業所名称(施設)	<input type="checkbox"/> 障害者支援施設ゆうとぴあ恵愛 [施設入所支援・生活介護] <input type="checkbox"/> ゆうとぴあ恵愛短期入所事業所 [障害者短期入所事業] <input checked="" type="checkbox"/> 地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛 [地域生活支援事業]		
事業所所在地	愛知県津島市元寺町3丁目97番地1		
管理者職氏名	施設長 大原好夫		
開設年月日	平成11年8月1日/平成11年10月1日(身体・短期入所)/		
連絡先	Tell (0567) 32-5000 Fax (0567) 32-5002		
対象者区分	<input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者 <input type="checkbox"/> 知的障害者 <input type="checkbox"/> 精神障害者 <input type="checkbox"/> 障害児		
自己評価の実施	年に1回実施		
第三者評価の実施	なし		

2. 指定事業及び指定番号

指定施設・事業名称	費用区分	愛知県指定番号	利用定員
障害者支援施設	施設入所支援	介護給付費	2310300237
	生活介護		70名
障害者短期入所事業	介護給付費	2310300237	6名(併設利用型)
			70名(空床利用型)
地域活動支援センター事業	委託費	—	20名(1日受入定員)

3. 苦情等の受付

(1) 事業者が提供する事業や職員に対しての苦情は、事業所受付窓口で受け付けています。

苦情解決責任者：管理者（施設長）大原好夫	Tell (0567) 32-5000
受付担当者：主任指導員 中元葉留子	Fax (0567) 32-5002
① 受付は、窓口・電話・ファックス・手紙等いずれの方法でも結構です。 ② 利用者のご希望で、受付文書・回答を公開、又は非公開にできます。	

(2) 事業所窓口の他に、法人が委嘱した第三者委員に申し立てることができます。

第三者委員	法人評議員：安井宏	Tell (052) 444-2223
	法人評議員：東照代	Tell (0567) 31-2803
① 第三者委員とは、苦情処理の公正と客観性を確保するため法人役員及び施設職員を除く評議員・監事・民生委員・学識経験者等の社会的信用を有する者のことです。		

(3) 事業所が信用できない場合は、行政機関等へ苦情を申し立てることができます。

住所地の市町村（援護主体）	Tell
愛知県庁	名古屋市中区三の丸三丁目1の2 障害福祉課 事業所指導グループ Tell (052) 954-7400
運営適正化委員会 (県社会福祉協議会内設置)	名古屋市東区白壁一丁目50番地 Tell (052) 212-5515

4. 通常の事業実施地域及び事業実施日等

(1) 事業実施地域

事業委託・登録を受けた市町村

※送迎は、送迎車輛の運行に支障がない（距離や道路事情等を考慮します。）範囲を別途定め実施しています。ご利用希望の方は生活支援員までお問い合わせ下さい。

(2) 事業実施日

月曜日から金曜日

※ただし、国民の休日及び12月30日から1月3日迄、8月13日から8月15日迄を除きます。

(3) 実施時間

午前9時から午後5時

(4) サービス提供時間

午前10時30分から午後3時30分

(5) 定員

20名／1日あたり

5. 事業所の概要

(1) 人員体制

管理者	1名（常勤1名(兼務)）	8:45～17:45
生活支援員	1名（常勤1名）	8:30～17:30
介護職員	4名（常勤0名・非常勤4名）	8:30～17:30
看護師	0名（非常勤0名）	8:30～15:30
理学療法士	1名（非常勤1名）	13:30～15:30(1週2日)
栄養士	1名（常勤1名(兼務)）	8:45～17:45
調理員	7名（常勤4名(兼務)・非常勤3名(兼務)）	7:00～19:15(2交替制)

(2) 主たる職務内容

管理者：事業所の業務及び職員を一元的に管理します。

生活支援員：利用者の業務支援計画・更生相談・関係機関との調整を行います。

介護職員：利用者の介護等日常生活支援・その他支援サービスを行います。

看護師：利用者の保健衛生指導・その他支援サービスを行います。

理学療法士：利用者の機能訓練指導を行います。

栄養士：栄養量計算及び利用者の嗜好を考慮した献立作成を行います。

調理員：給食業務を行います。

(3) 専用設備

談話室：談話・新聞・雑誌・喫煙・卓上ゲーム等でお寛ぎいただけます。

食堂：食事・行事・レクリエーション等を行います。

訓練室：機能訓練・各種作業・工作・製作等を行います。

休憩室：一時休息用のベッドが用意してあります。

相談室：ご相談事・重要なご説明等を行います。

喫茶：飲料等をご提供します。

洗面所：洗面・手洗いをを行います。（自動手指消毒器設置）

トイレ：車いす対応トイレ・ナースコールが設置してあります。

(4) 共用設備

浴室：一般浴（歩行）・機械浴（坐浴・寝浴）を設置しています。

ホール：談話・新聞・雑誌・喫煙等でお寛ぎいただけます。

看護室：健康相談・軽微な処置等を行います。

6. 支援サービス内容と利用者負担金等

(1) 支援計画と支援計画書

受給者証に記載された支給量（市町村が決定）を踏まえ、利用者のご意向や心身状況等を鑑み支援検討会議によって支援計画をご提示します。利用者は内容等変更を希望される場合はいつでもお申し出下さい。

㊤入 浴

利用者のご要望や心身状況等を鑑み最も適した入浴種別をご提供できるよう一般浴（歩行手摺等付き）・機械浴坐浴（座って入る形態）・機械浴寝浴（寝台のまま入る形態）の3種類をご用意しています。また入浴に適さない心身状態の場合は、ご希望により清拭・ドライシャンプーに変更することができます。

㊦給 食

ご希望の方には施設調理の給食（昼食）をご提供します。なお給食のご提供には別途費用をいただきます。提供時間は12:00～13:00です。

また、お茶以外に間食・珈琲等飲料のご提供、入浴後等の発汗が多い時は効率的な水分補給のため機能性飲料をご提供します。

㊧送 迎

自宅・事業所間の送迎を行います。ただし一部の地域では運行上の事由によりご利用できない場合がありますので、詳しくは支援員へ問い合わせ願います。

㊨生産・創作的活動

工作・手芸・製品作成・絵画等の活動を支援します。

㊩社会適応訓練

パソコン指導・書道等の練習を行います。

㊪機能訓練

日常生活上の機能減退防止を図る訓練、音楽療法等を行います。

㊫社会交流の促進

外出を通じて社会資源の利用、及び地域住民との交流を図ります。

㊬その他の支援

利用者の身体機能・清潔保持（排泄介助含む）、及びご要望等に応じ必要となる支援を行います。また季節の行事、並びにカラオケ等余暇活動の支援も行います。

(2) 利用者負担金等

㊭定率負担分

上記の（1）を利用された場合、給食（食費）を除き市町村が定めた利用者負担額（受給者証に記載）を、利用者は事業者に対して直接お支払い下さい。ただし、生活保護法の被保護者、その他市町村が特に認めた者は減免されます。

㊮実費負担分

上記の（1）の給食（食費）に750円、入浴の内で光熱水費分のみ50円、創作活動・レクリエーション等の材料が必要な場合の材料実費相当額については、㊭の定率負担分と併せて事業者に対して直接お支払い下さい。ただし、給食加算（補助）がある市町村の方は給食（食費）が330円に減額されます。

(3) 利用者負担金等及び施設利用料のお支払い方法

お支払いは事業者が1月毎に計算し、当該月の翌月10日に利用者へ請求書を発行しますので、お手元に届きましたらご確認の上、同月15日から同月末までに事業所窓口にてお支払い下さい。

(4) 利用の中止・変更・追加

利用日の前日午後5時30分までにご連絡いただいた場合は、取消料等は一切かかりません。これ以降のご連絡、又はご連絡等なく利用されなかった場合は、取消料として利用者負担相当額（定率負担分を除いた額）をお支払い願います。なお、利用者の急な疾病や事故、その他やむを得ない事由の場合は取消料を減免する場合がありますので生活支援員にお申し出下さい。

(5) 負担額の変更

負担額に変更が生じる場合は予め通知・説明します。また市町村が改定するものにつきましては、当該市町村より決定通知書が届きますのでご確認願います。

7. 受給者証の提示・確認

住所・利用者負担額・支給量等、受給者証に記載されている内容に変更があった場合は、速やかにお申し出下さい。また事業者より受給者証の提示を求められた場合はご提示いただけるよう利用時には携行するようお願いいたします。なお受給者証をご提示願えない場合、その他紛失・失効している場合は、事業の提供ができませんのでご注意下さい。

8. 個人情報の保護・個人記録整備

利用者の個人情報は「個人情報の使用目的」を規定して保護し、個人記録につきましては利用者のご希望により事業所窓口開設時間中閲覧することができます。

9. その他重要事項（カスタマーハラスメントに関する当施設の考え方）

当施設では、すべての利用者様に安心して介護サービスをご利用いただくとともに、職員が安全で働きやすい環境を確保することを大切にしています。

そのため、利用者様又はご家族等からの言動のうち、社会通念上相当な範囲を超え、職員の就業環境を害するおそれのある行為については、カスタマーハラスメントに該当する場合があります。

具体的には、次のような行為が該当することがあります。

- ① 大声で叱責や威圧的な言動
- ② 人格を否定する発言や差別的な言動
- ③ 業務範囲を超えた過度な要求
- ④ 長時間にわたる執拗な要望やクレーム

これらの行為が認められた場合には、複数名での対応や、サービス提供方法の見直しについて、ご相談させていただくことがあります。

なお、介護サービスに関する正当なご意見・ご要望・苦情につきましては、これまでどおり誠意をもって対応いたしますので、遠慮なくお申し出ください。

10. 補償

事業所では、万が一の事故等発生に対して適切な補償対応が行えるよう、次の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名称	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
主な補償内容	対人・対物・管理財物・事故対応

事業者保管用

重要事項説明書同意書 地活

地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛 管理者 様

私（利用者）は、「地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛」の利用契約締結にあたり、事業者から重要事項の説明を受け、本契約の内容を理解し、本書面内容に同意しましたので、署名・捺印を以って証します。

令和 年 月 日

〔利用者〕 住所

氏名

⑩

〔署名代行者〕 住所

氏名

⑩

〔代行の事由〕 自筆署名が困難な為 その他（ ）

〔説明者〕 所属 地域活動支援センターゆうとぴあ恵愛

職氏名

⑩