

中野区在宅障害者(児)日中一時支援サービス 重要事項説明書

様に対する障害福祉サービス提供開始に当たり、障害者総合支援法令の趣旨に基づいて、中野区福祉サービス事業団（以下「事業者」という。）があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

経営事業者の名称	中野区福祉サービス事業団
法人所在地	東京都中野区白鷺2-51-5
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 高橋 信一
電話番号	03(3336)6511

2 事業の目的と運営の方針

施設の種類	指定障害者（児）短期入所施設・平成15年4月1日指定
施設の目的	在宅の障害者（児）を介護している保護者が病気などの理由で介護することが困難になった場合、障害者（児）を一時的に施設で保護することを目的とします。
施設の名称	しらさぎホーム
管理者氏名	施設長 川島 雅明
施設の所在地	東京都中野区白鷺2-51-5
電話番号	03(3336)6511
施設運営の方針	障害者（児）の自己決定を尊重し、利用者と対等な関係を築き、きめ細かい対応を行うとともに、利用者の心身の状況に応じた適切なサービスを提供します。
開設年月日	平成6年10月1日（障害者（児）緊急一時保護施設として）
入所定員	1日 1名

3 施設の概要

(1) 居室

居室の種類	室数	備考
障害者（児）入所サービス専用室（個室）	1室	洗面所、チェストあり

(2) 主な設備

設備の種類	室数	備考
医務室	1室	2階
機能訓練室	1室	1階
浴室	2室	一般浴槽、リフト浴槽、特殊浴槽があります。
静養室	1室	2階
相談室	1室	1階

(3) 職員体制

職 種	指 定 基 準
管理者（施設長）	1 人
生活相談員	1 人以上
介護職員	5 人以上
看護職員	3 人以上
管理栄養士	1 人以上
機能訓練指導員	1 人以上
事務職員	適当数
調理員（委託）	適当数

*特別養護老人ホームとの兼務

4 施設サービスの概要

種 類	内 容
食事	管理栄養士の立てる献立により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。 【食事時間】 昼食（12:00～）
排泄	利用者の状況に応じた適切な排泄援助を行います。
着脱衣	利用者の状況に応じた適切な着脱衣の援助を行います。
整容（洗面・歯磨き等）	個性に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。
移動	利用者の状況に応じた適切な移動の援助を行います。
相談・援助	当施設は、利用者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> 看護職員による日常的な健康管理を行います。また、緊急時必要により主治医に責任を持って引き継ぎます。 看護職員による服薬の管理を行います。

(2) 居住環境整備サービス

調理	利用者の食べやすい調理方法・食形態に工夫します。また調理前には手洗いを励行し、調理器具・食器等も使用後は熱湯消毒をします。
清掃	居室、食堂は清潔を保てるように毎日清掃します。
整理整頓	危険のないように、施設内の整理整頓を心がけます。
安全管理	<ul style="list-style-type: none"> 非常時の連絡体制について整備します。 不審者対策として、面会者には名札の着用をお願いします。 建物・設備については定期的に点検をしています。

(3) 社会生活支援

コミュニケーション	利用者それぞれに応じた支援を行います。
情報提供	社会生活に必要な情報提供を行います。

(4)その他

サービス提供記録の保管	契約終了後、法に定める期間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土曜日・祝祭日を除く午前 9 時から午後 5 時。

サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては実費をいただきます。
-----------------	-------------------

5 利用時間

午前9時～午後5時までの中にご利用いただけます。

6 利用料

お支払いいただく利用料は次のとおりです。

(1) 中野区在宅障害者日中一時支援サービス利用者負担額

1ヶ月に3回を超える利用の場合の1回あたりの負担額は中野区長が定めた額。

(2) その他サービス料金

食費	1食につき770円
キャンセル料	利用予定日の前日午後3時までにキャンセルのご連絡がない場合は、770円のキャンセル料がかかる場合があります。 利用予定前日午後3時までにキャンセルのご連絡をいただいた場合には、キャンセル料はかかりません。

(3) 利用者負担額の支払方法

上記利用料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し請求しますので、指定された日までに下記の方法でお支払い下さい。

[お支払方法] 原則として口座振替（自動口座引き落とし）をお願いいたします。

手数料はかかりません。引き落とし予定日は利用月の翌月26日頃です。

7 非常災害時の対策

非常時の対策	別途定める「しらさぎホーム消防計画」により対応を行います。
平常時の訓練	別途定める「しらさぎホーム消防計画」により対応を行います。
近隣との協力関係	白鷺町内会と近隣防災協定を締結し、非常時においてはお互いに協力をを行います。
防災設備	スプリンクラー、防火扉・防火シャッター、屋内消火器、非常通報装置、非常階段(屋内・野外)、緩降機などを備えています。 備蓄食料は、180人×3食×3日分ございます。
リネン類他	居室カーテン、布団、のれん等は防災加工のものを使用しております。
消防計画	消防届出日 平成8年5月15日

8 衛生管理等

施設は、感染症の予防及びまん延の防止のため、事業所における指針を整備し、マニュアルの策定、委員会の定期開催、職員に対する研修や訓練を実施します。

9 事業継続に向けた措置

施設は、感染症や災害が発生した場合でも、必要なサービスが継続的に提供できる体制を構築するため、事業継続に向けた計画等の策定、研修や訓練等を実施します。

10 当施設をご利用の際に留意いただく事項

①来訪・面会	面会の際には必ず職員にお声かけ下さい。
--------	---------------------

②外出	外出の際には必ず行き先と帰る時間を職員にお申し出下さい。
③居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
④飲酒・喫煙	当ホームは禁煙です。また飲酒は、医師等の指示でアルコールが禁じられている場合はできません。
⑤迷惑行為等	騒音等、他の入所者の迷惑になるような行為はご遠慮願います。また、むやみに他の利用者の居室に立ち入らないようにして下さい。
⑥現金等の管理	原則として現金・貴重品等はお預かりいたしません。やむを得ない場合は職員にご相談ください。

11 緊急連絡先

ご利用者に容体の変化等あった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族の方に速やかに連絡をいたします。下記に緊急連絡先をご記入下さい。

①氏名		続柄	
住所			
電話番号			
携帯電話等			
勤務先名			
勤務先電話番号			
②氏名		続柄	
住所			
電話番号			
携帯電話番号等			
勤務先名			
勤務先電話番号			
③主治医または診療署名			
医師名		電話番号	
所在地			

12 身体拘束の原則禁止

施設は、入所者または他の入所者の生命及び身体を守るため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束等の行動の制限を行いません。利用者の行動を制限する行為を行う場合は、緊急やむを得ない理由を記録し説明の上同意を得ます。

13 虐待防止について

- (1) 施設は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、指針及び必要な体制の整備を行うとともに、虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修を実施します。また、これらの措置を適切に実施するための担当者をおくこととします。
- (2) 施設は、サービス提供中に、当該職員又は養護者（利用者の家族等利用者を現に養護する者）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、保険者に通報します。

14 ハラスメント対策

ハラスメントによって職員の就業環境が害されることを防止するため、施設における方針の明確化及びその周知・啓発、相談に対応するための体制の整備等、必要な措置を講じます。

15 見守り対策

施設は、見守り対策として対象の利用者に見守り支援機器とそれと連携するカメラを導入し、ケアの質を向上させていくための措置を講じます。

16 苦情・相談の窓口

1. 施設サービスに関する苦情・相談などは、下記の窓口にお申し出下さい。

- (1) 苦情等の窓口 苦情解決責任者 しらさぎホーム施設長
苦情受付 生活相談員 電話 03(3336)6255
- (2) 各区市町村等の介護保険担当
中野区においては
保健福祉部 障害福祉課 障害者施設担当 電話 03(3228)8066
- (3) 東京都国民健康保険団体連合会 介護相談指導課 電話 03(6238)0177

2. 苦情・相談発生時の対応と手順については次のとおりです。

- (1) 苦情・相談の受付
ア. 口頭または文書で受け付けます。
- (2) 苦情・相談の内容確認
ア. 苦情等申出人等と内容の確認等を行います。
- (3) 事実の調査と再発防止策の立案
ア. 苦情・相談の発生要因の分析を行います。
イ. 苦情解決委員会または苦情解決責任者により具体的な防止策等の検討・立案を行います。
ウ. 従業者への対応策の周知と再発防止策等の実施を指示します。

- エ. 関連部署への対応策の周知と再発防止策等の実施を指示します。
- (4) 再発防止策等の実施
- (5) 苦情・相談申出人への再発防止策等の説明及び実施内容の報告

令和 年 月 日

当事業所は、_____様 に対する中野区在宅障害者日中一時支援サービスの提供に当たり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事業者 所在地 中野区白鷺 2-51-5
名称 社会福祉法人 中野区福祉サービス事業団
理事長 高橋 信一 印
担当者(職・氏名) 印

私は、本書面に基づいて、上記担当者から中野区在宅障害者日中一時支援サービスの重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者 住所
氏名 印

利用者の親権者・
後見人等 住所
氏名 印