

生活介護事業所 い〜ま F i t 平針 障害福祉サービス 重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

エム・オーヒューマンサービス株式会社は、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供します。

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. 事業者の概要

経営事業者の名称	エム・オーヒューマンサービス株式会社
法人所在地	愛知県名古屋市千種区茶屋坂通2-14
代表者氏名	代表取締役 奥野悦弥
電話番号	052-385-0515
FAX番号	052-712-1665
認可年月日/認可番号	平成24年4月1日/2316400536
ホームページ	http://www.mohs.co.jp

2. 事業の目的と運営の方針

種類	指定生活介護事業所（平成24年4月1日事業開始）
目的	利用者が可能な限りその地域における生活が継続できることを念頭に置いて、事業者が利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進できるように、保護並びにその更生に必要な指導及び訓練を適切に行い、利用者の立場に立った支援を行うことを目的とする。
名称	い〜ま F i t 平針（生活介護）
管理者名	杉浦 尚志
サービス管理責任者名	杉浦 尚志
所在地	名古屋市天白区平針三丁目2704番地
主たる対象者	知的障害者
運営方針	エム・オーヒューマンサービス株式会社 い〜ま F i t 平針運営規程による
通常の事業の実施地域	名古屋市（北区・西区・熱田区・南区・守山区・中区・中川区・中村区・千種区を除く）
利用定員	20名
営業日	月曜日から金曜日及び第三土曜日とする。ただし、8月13日から15日、12月30日から1月3日、及び職員研修日等、別に事業所が定める休業日を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時までとする。
サービス提供時間	午前9時30分から午後3時30分までとする。
電話番号	052-846-8614
FAX番号	052-846-8714
e-mail	iema-hirabari@mohs.co.jp
ホームページ	http://www.mohs.co.jp
開設年月日	平成22年4月1日

3. 職員体制

職種	員数	常勤	非常勤	常勤換算
管理者	1名	1人(サービス管理責任者と兼務)		
サービス管理責任者	1名	1人(管理者と兼務)		
生活支援員	13名	1人	12人	7.2人以上
看護師	1名		1人	
調理員	3名		3人	
医師	1名		1人(嘱託医)	

7. 健康管理・協力医療機関

健康管理	看護師による疾病予防、健康管理に努めます。
受診・治療	障害福祉サービス時間内に発生した事故や急病について、治療が必要な場合は受診いたします。また、家庭治療の超えない範囲で簡単な治療を行います。尚、その他の通院に関しては原則として利用者自身（ご家族）で行っていただきます。

(協力医療機関)

協力医療機関は、特段の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・入院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
大鹿内科医院	名古屋市千種区希望丘4丁目8番6号	052-762-2755	内科・呼吸器科 小児科・アレルギー科

8. 非常災害時の対策

非常時の対応	エム・オーヒューマンサービス株式会社い〜ま F i t 平針の災害時マニュアルより対応いたします。			
防災訓練	エム・オーヒューマンサービス株式会社い〜ま F i t 平針の災害時マニュアルにより、適宜避難・防災訓練を実施いたしますのでご協力ください。			
防災設備	・消火器	あり	・避難経路	確保
	・防災用グッズ	あり		
	・非常食・飲料	あり		

9. 緊急時における対応方法

サービスの提供中に病状等の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに医療機関への連絡を行うなど必要な措置を講じます。

10. 虐待防止のための措置

虐待防止責任者を設置し、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修を実施しています。また虐待防止に関する相談については、名古屋市障害者虐待相談センター、各区役所福祉課、各支所区民福祉課、各保健所、各区障害者基幹相談支援センターでも受け付けています。

虐待防止責任者	杉浦 尚志
名古屋市障害者虐待相談センター	所在地： 名古屋市北区清水四丁目17番1号名古屋市総合社会福祉会館5階 電話番号： 052-856-3003

11. 事故発生時の対応

- (1) サービス提供中に事故が発生した場合は、事故の状況や事故に際してとった処置等をご家族に連絡し、必要な措置を講じるじるとともに書面として記録します。
- (2) サービス提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

12. 第三者評価の実施状況

当事業所は第三者評価を実施していません。

4. 職員の勤務体制

職 種	勤務体制
管理者	正規の勤務時間帯（午前9時～午後5時など）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（午前9時～午後5時など）
生活支援員	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後4時30分など）
非常勤生活支援員	午前9時～午後4時／午前9時30分～午後3時30分／午前10時～午後2時など
看護師	正規の勤務時間帯（週3回午前10時00分～午後3時00分など）非常勤勤務
調理員	正規の勤務時間帯（午前10時00分～午前14時00分など）
医師	定期健康診断の実施など

5. 障害福祉サービスの利用料及び概要

(1) 利用者の負担額

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下障害者総合支援法という）に基づく負担額となります

<償還払い>

事業者が介護給付費等額の代理受理を行わない場合、厚生労働省が定める介護給付費等基準額の全額を一旦お支払いいただきます。

(2) サービス利用にかかる実費負担等

サービス利用にかかる下記の費用は実費相当額を頂きます

①創作活動に係る材料費等の費用（その都度内容を説明致します）

②食費 食事の提供に係る費用 720円 ※但し、食事提供体制加算対象者の方は、食材料費として400円

③その他の費用として、サービスをご利用いただくにあたりご負担いただくのが適当な実費等

※サービス利用に関するキャンセル料は請求致しませんが、キャンセル時には速やかにご連絡ください

(3) 障害者総合支援法に基づく介護給付費等から給付されるサービス

障害者総合支援法に基づく介護給付費等（市町村から支給される額及び利用者の負担額）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、利用者個々人について提供するサービスの内容については、「障害福祉サービス利用契約書」第4条により作成する個別支援計画にもとづくものとします。

①創作活動に係る材料費等の費用（その都度内容を説明致します）

②食費 食事の提供に係る費用 720円 ※但し、食事提供体制加算対象者の方は、食材料費として400円

③その他の費用として、サービスをご利用いただくにあたりご負担いただくのが適当な実費等

※サービス利用に関するキャンセル料は請求致しませんが、キャンセル時には速やかにご連絡ください

(3) 障害者総合支援法に基づく介護給付費等から給付されるサービス

障害者総合支援法に基づく介護給付費等（市町村から支給される額及び利用者の負担額）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、利用者個々人について提供するサービスの内容については、「障害福祉サービス利用契約書」第4条により作成する個別支援計画にもとづくものとします。

6. 苦情申立先

苦情受付窓口	苦情受付担当者： 竹内 航太
	苦情解決責任者： 杉浦 尚志
	担当者不在の時は、生活支援員が代行致します。
名古屋市健康福祉局 障害福祉部障害者支援課分室	所在地：名古屋市中区栄三丁目18番1号 ナディアパークビジネスセンタービル10階
	電話番号：052-238-0567
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地：名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号：052-212-5515

13. 障害福祉サービスを利用の際に留意していただく事項

エム・オー・ヒューマンサービス株式会社が提供する障害福祉サービスを利用されている方々の生活の場・日中活動の場としての快適性や安全性を保つため、次に掲げる事項についてご留意ください。

設備・器具の利用	施設内の設備、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。 障害福祉サービスを利用する際、本人・対物損害賠償保険にご加入下さい。
貴重品の管理	利用者の所有する貴重品につきましては、ご自分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、施設で負うことは出来ません。
宗教・政治・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、営利活動はご遠慮下さい。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みについてはご遠慮ください。
衛生保持	施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力下さい。
防災対策	火災予防の規律に関しては特に注意を払い、必ずお守りくださるようお願いいたします。
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必要があると認められる場合、必要な措置をとる場合がありますのでご了承ください。その場合、ご本人のプライバシー等の保護については十分な配慮をいたします。

令和 年 月 日

い〜ま F i t 平針は、 _____ 様に対する障害福祉サービスの提供にあたり、上記の通り重要事項について説明しました。

事業所 所在地 名古屋市天白区平針三丁目2704番地

名称 い〜ま F i t 平針 印

説明者 管理者 杉浦 尚志 印

私は、本書面にもとづいてい〜ま F i t 平針の職員から、上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人又は立会人等 住所 _____

氏名 _____ 印