

指定障害者支援施設 モア・しょうえい

重要事項説明書

令和6年 6月 1日

社会福祉法人 愛の友協会

指定障害者支援施設 モア・しょうえい

重要事項説明書

令和6年 6月 1日

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当施設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。

※ 当施設では、利用者へ生活介護並びに施設入所支援を提供します。
当施設でのサービスの利用は、原則として介護給付の支給決定を受けた方が対象となります。

◆ 目 次 ◆

1. サービスを提供する事業者
2. 利用施設
3. 事業実施地域及び営業時間
4. サービスに係る設備等の概要
5. 職員の配置状況
6. 当施設が提供するサービスと利用料金、負担軽減
7. 利用者が入院等された場合の対応について
8. 利用者の記録や情報の管理、開示について
9. 苦情の受付について
10. 非常災害対策
11. 虐待の防止について
12. 身体拘束の適正化について

社会福祉法人 愛の友協会

モア・しょうえい

当事業所は、指定障害者支援施設の指定を受けています。

千葉県知事指定第1213200114号

1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 愛の友協会
所在地	千葉県長生郡長生村金田 2 1 3 3
電話番号	0 4 7 5 - 3 2 - 2 5 8 7
代表者氏名	理事長 日谷 文雄
設立年月日	昭和 2 8 年 4 月 7 日

2. 利用施設

施設の種類	指定障害者支援施設 平成 18 年 10 月 1 日 千葉県 第 1 2 1 3 2 0 0 1 1 4 号	
サービスの種類	生活介護	施設入所支援
施設の目的	障がい者に対して心身の状況、その置かれている環境に応じて最も適切な支援を提供することにより、障がい者の自立と社会経済活動への参加を促進し、障がい者の福祉の増進を図ります。	
主たる対象者	身体障害者、難病等対象者	
施設の名称	指定障害者支援施設 モア・しょうえい	
施設の所在地	千葉県長生郡長生村金田 2 1 3 3	
電話番号	0 4 7 5 - 3 2 - 2 5 8 7 (内線 1 6 2)	
施設長	鵜沢 ひとみ	
サービス管理責任者	鵜沢 ひとみ	
施設の運営方針	<p>1. 利用者の意思及び人格を尊重し、積極的な社会参加を進めるとともに、生活全般に亘り、個々に見合った質の高いサービスの提供を目指します。</p> <p>2. 地域・ボランティア等関係各方面との連携に努め、相互理解を深めます。</p>	
開設年月日	平成 18 年 10 月 1 日	
利用定員	40 人	35 人

※夜間の利用（施設入所支援）と、日中の利用（生活介護）は、一体的な組み合わせとして（セットで）提供されるものではありません。

3. 事業実施地域及び営業時間

サービスの種類	生活介護	施設入所支援
サービス提供時間帯	8 : 45 ~ 17 : 00 (前後延長有り)	17:00~翌 8 : 45 (平日) 24 時間 (土日祝日)
営業日	(月) ~ (土) 但し事業所の開所日とする。	年中無休

事業実施地域	千葉県全域	千葉県全域他
主たる対象者	身体障がい者 難病等（18歳未満の者を除く）	身体障がい者 難病等（18歳未満の者を除く）

4. サービスに係る設備等の概要

(1) 居室の概要（施設入所支援）

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	1室 (女性1室)	設備：洋室・ギャッジ・ベッド
4人部屋	10室 (女性6室・男性4室)	設備：洋室・ギャッジ・ベッド・ラック
合計	11室	

※ 全室冷暖房完備

※ ワイヤレスコール設置

※ 居室の選定は、生活支援会議にて決めさせていただきます。

(2) 居室以外の施設設備の概要

当施設では、居室以外に下記の施設設備をご利用頂くことが出来ます。これらは、厚生労働省が定める基準により、設置が義務付けられている施設設備です。

これらの利用については、利用者に特別ご負担頂く費用はありません。

施設設備の種類	室数	備考
食堂	1室	テレビ
医務室	1室	医療器具・医薬品
静養室	2室	感染対策室としても利用
浴室	1室	機械浴槽・一般浴槽・リフター・シャワーチェア
洗面所	4室	A棟2・C棟2
便所	4室	A棟3・C棟3
相談室	1室	
多目的室	1室	訓練用具・テレビ・DVD・カラオケの機材等
娯楽・談話室	2室	テレビ・DVD・図書
倉庫	2室	車椅子・介護用品

利用に当たって、別途利用料金をご負担頂く施設設備は特にありません。

(3) 居室の変更

利用者から、居室の変更希望の申し出があった場合、居室の空き状況により、施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により、居室を変更する場合は

あります。その際には、利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

(4) 施設設備ご利用上の注意事項

当施設において、居室その他の施設設備をご利用頂くに当たって、以下の点にご注意下さい。

- ① 利用者が、施設の設備及び職員の身体に危害を及ぼした場合、それに準じた行為（メガネ・コンタクトレンズ等の破損）において、全額の弁償を求めることがあります。
- ② 喫煙、飲酒は認めておりません。（全館禁煙）
- ③ 利用者が異性の居室を訪問する際は、勤務スタッフに連絡して下さい。
- ④ 危険物等の持ち込みは禁止します。
- ⑤ 私物持ち込みは、最少範囲とさせていただきます。範囲を超えた私物については、防災上、身元保証人にお引き取り頂きます。

5. サービス提供職員の設置状況

<施設入所支援>

職 種	常勤換算	常勤	非常勤	指定基準
1. 施設長	1名	1名	0名	1名
2. サービス管理責任者	1名	1名	0名	1名
3. 栄養士	1名	1名	0名	1名
4. 看護職員	1名以上	1名以上	0名	15名以上
5. 介護職員	14名以上	10名以上	5名以上	

<生活介護>

職 種	常勤換算	常勤	非常勤	指定基準
1. 施設長	1名	1名	0名	1名
2. サービス管理責任者	1名	1名	0名	1名
3. 医師		0名	1名	必要数
4. 栄養士	1名	1名	0名	1名
5. 看護職員	1名以上	1名以上	0名	15名以上
6. 介護職員	14名以上	10名以上	5名以上	

当施設では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害者支援サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

常勤換算とは、職員がそれぞれの週当たりの勤務時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

例・・・1日4時間、週5日勤務の職員（1週間で20時間勤務）が5名入る場合、常勤換算では、2.5名（4時間×5日×5名÷40時間＝2.5名）となります。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤務体制		
1. 施設長	平日：	8：30～17：30	1名
2. サービス管理責任者	平日：	8：30～17：30	1名
3. 医師	日中：	1回以上／月	1名
4. 栄養士	平日：	8：00～17：00	1名
5. 看護職員	毎日：	8：30～17：30	1名以上
6. 介護職員	早番：	7：00～16：00	
	遅番：	10：30～19：30	8名以上で
	遅番1：	12：45～21：45	交替勤務
	夜勤：	21：30～ 8：15	
	日中：	1週40時間未満の勤務対象	5名以上

<主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）>

職 種	生活介護 (モア・しょうえい)	施設入所支援 (モア・しょうえい)
	(月)～(土) (8：45～17：00) 但し事業所の開所日とする	(月)～(土) 夜間(17：00～翌8：45) 年中無休
1. 介護職員	10名以上	2名以上
2. 看護職員	8：45～17：00 1名以上	17：00～17：30 1名以上

6. 当施設が提供するサービスと利用料金（契約書 第4条、第5条参照）

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- ① 介護給付費等から給付されるサービス
- ② 利用料金の全額をお支払い頂くサービス（①以外のサービス）

(1) 介護給付費等の対象となるサービスと利用料金

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担分）と食費・光熱水費の合計額を、利用者にお支払い頂きます。

ご負担頂く金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費・光熱水費、対象外サービス費から補足給付を除いた額と致します。ただし、施設入所支援を行わない者は、光熱水費は徴収対象外となります。

生活介護、施設入所支援ともに、報酬区分が変動した際には負担金額も変更となり

ます。

(注) 施設入所支援を提供する利用者が、別の事業者の日中活動を利用する場合、昼食費は別の事業者へ直接お支払い下さい。

【指定障害者支援施設 モア・しょうえい：生活介護、施設入所支援】

1. 利用されるサービスと料金	生活介護 I		施設入所支援 I	
	区分 6	11,780 円	区分 6	4,630 円
	区分 5	8,900 円	区分 5	3,920 円
	区分 4	6,290 円	区分 4	3,160 円
	区分 3	5,680 円	区分 3	2,390 円
2. 1のうち、介護給付費が給付される金額	区分 6	10,602 円	区分 6	4,167 円
	区分 5	8,010 円	区分 5	3,528 円
	区分 4	5,661 円	区分 4	2,844 円
	区分 3	5,112 円	区分 3	2,151 円
	3. 1のうち、サービス利用に係る自己負担額 (定率負担) (1) - (2)	区分 6	1,178 円	区分 6
区分 5		890 円	区分 5	392 円
区分 4		629 円	区分 4	316 円
区分 3		568 円	区分 3	239 円
4. 食事に係る自己負担		昼食	595 円	朝食
			夕食	580 円
5. 光熱水費に係る自己負担額	—		290 円	
6. 人員配置体制加算	136 円		—	
7. 福祉専門職員配置等加算	15 円		—	
8. 常勤看護職員配置加算	19 円		—	
9. 夜勤職員配置体制加算	—		60 円	
10. 負担額合計 (1日あたり) (3+4+5+6+7+8+9)	区分 6	1,943 円	区分 6	1,753 円
	区分 5	1,655 円	区分 5	1,682 円
	区分 4	1,394 円	区分 4	1,606 円
	区分 3	1,333 円	区分 3	1,529 円

※食事提供体制加算 (30 単位・300 円/日)：施設入所支援を利用している方を除き、生活介護を利用している方は、上記の料金に加え、加算に対しての 1 割負担 30 円/日を徴収致します。

(生活介護)

※処遇改善加算：サービス単位総数の 10.1%を上記料金に加算して徴収します。

(施設入所支援)

※処遇改善加算：サービス単位総数の 15.9%を上記料金に加算して徴収します。

利用者が短期入院又は、外泊された場合にお支払い頂く 1 日当たりの利用料金が下表の通りです。(契約書第 13 条、第 14 条参照)

内容	入院 1～8 日	9 日～82 日まで
1. サービス利用料金	3,200 円	1,910 円
2. 1 のうち、介護給付費等から支給される金額	2,880 円	1,719 円
3. 自己負担 (1 - 2)	320 円	191 円

【サービス利用料キャンセルについて】(契約書第 15 条参照)

1. サービス利用については、サービス利用日前日 (土日祝日年末年始を除く) の 12 時までにお申し込みください。
2. サービス利用のキャンセルについては、キャンセル日の 3 日前 (土日祝日年末年始を除く) の 16 時までにお申し出がない場合、利用者は重要事項説明書に定めるキャンセル料として、食事の実費相当額を事業者を支払うものとします。

キャンセル料 (食事の実費相当額) 1 日当たり	生活介護	昼食代 595 円
	施設入所支援	朝食代 360 円 夕食代 580 円

<利用者負担 (定率負担) の減免について>

【定率負担に関する月額上限】※法律の改正等により、変る場合がございます。

- ・ 1 ヶ月当たりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得 (世帯の収入状況) に応じて、下表の通り 4 区分の月額上限額が設定され、それ以外の負担はありません。
- ・ 生活保護世帯、市町村民税非課税世帯 (前項の区分：低所得 1、低所得 2 であれば、定率負担の個別減免が行われます。
- ・ 利用者負担を行うことにより、生活保護世帯に該当する場合は、生活保護に該当しなくなるまで負担額を引き下げる取り扱いがあります。

対象：施設入所支援 (20 歳以上) を利用する場合

平成 22 年 4 月 1 日

区分	世帯の収入状況	1 ヶ月当たりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得 1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が 80 万円以下の方	0 円

低所得 2	市町村民税非課税世帯	0 円
一般	市町村民税課税世帯	37,200 円

<食費等実費負担の軽減について>

【施設入所支援における食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置】

[施設入所支援を利用する場合] ※通勤寮を除く特定旧法施設入所者も対象

食費・光熱水費を実費負担しても、少なくとも手元には 25,000 円（障害基礎年金 1 級受給者や 60～64 歳の方は 28,000 円、65 歳以上の方は 30,000 円）が残るように補足給付が行われます。

[20 歳未満で施設入所支援を利用する場合]

地域で子どもを養育する世帯と同様の負担{その他生活費 25,000 円を含めて、低所得世帯（市町村民税所得割 20,000 円以下の世帯）で 50,000 円、一般世帯で 79,000 円}となるように補足給付が行われます。さらに、18 歳未満の場合には、養育費相当分として 9,000 円が加算されます。

《介護給付費等の対象となるサービスの概要》

サービス提供の内容は、生活介護と施設入所支援です。

全てのサービスは、個別支援計画に基づいて行われます。この個別支援計画は、利用者の自立生活を支援し、様々な課題の解決を目的として当施設のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者に同意を頂くものです。

尚、個別支援計画の写しは、利用者に交付致します。

① 日常生活の支援

i 食事の提供及び栄養管理

・栄養・利用者の身体の状態・希望や嗜好を考慮した食事の提供を行います。

体調を崩された時はベッドまで配膳し、食事介助を行います。

朝食（8：00～8：45）・昼食（12：00～12：45）・夕食（17：30～18：15）

ii 入浴又は清拭

・入浴・清拭は毎週 2 回以上行います。利用者の身体の状態と希望等を伺った上で、出来る限り自立して清潔保持が可能となるよう目指し、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。

iii 排泄

・利用者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

iv 着脱・離床・整容・その他日常生活上必要な支援

・利用者の心身の能力を最大限活用し、着脱、離床、整容、その他日常生活の自立に向けた支援を行います。

v 適切な技術による訓練等

・手指機能訓練 月～金 9:30～11:30

② 医療及び健康管理

i 医療

医師による診察・治療

医師氏名 秋場 齊

診療科 内科

診察日 1回／月

尚、利用者が専門医師等の診断、治療を要することになった場合には、下記の医療機関において受診・治療を受けることができます。（付添費は別途徴収いたします。）

医療機関

1. 協力病院

①鈴木神経科病院 ②山之内病院

2. 専門医療機関

①ポプラクリニック ②君塚病院 ③茂原中央病院 ④宍倉病院

⑤伊藤医院 ⑥公立長生病院

ii 服薬の支援

医師から処方された薬に関しては、指示通り服薬出来るように支援します。

iii 緊急時の対応

緊急時には、救急車輦にて病院搬送を行い、連帯保証人に連絡します。

③ 社会活動の支援

i 日中活動支援

(1) 施設内行事：お花見会、運動会、夏祭り、ハロウィン会、クリスマス会、節分会等

ii 余暇活動

(1) カラオケ、創作活動、DVD鑑賞、散歩

iii その他の社会活動

(1) 行政機関への手続き 随時

④ 相談援助

利用者からの相談に誠意をもって対応します。

内容等を把握し、個別支援計画に考慮します。

(2) 介護給付費等の対象外サービス

下記のサービスについては、介護給付費等の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙「サービス利用説明書」の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。尚、この所定料金は経済状況の著しい変化や、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容並びに変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

《介護給付費等の対象外サービスの概要》

①食事サービス

食事の提供を希望する場合の時間

食事時間	朝食	8:00 ~ 8:45
	昼食	12:00 ~ 12:45
	夕食	17:30 ~ 18:15

食事の提供に係る費用

食事の費用	朝食	360円	
	昼食	595円	1日 1,535円
	夕食	580円	

ただし、障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律施行令（平成18年政令第10号、以下「令」という。

第21条の第3項、規定により当該特定給付費が利用者に代わり施設に支払われた場合は、令21条3号1項に規定する食費の負担軽減額を限度とします。

②生活介護の延長

8:45~17:00の前後の時間帯の利用を希望する場合。

③治療食

糖尿病や高血圧等、医師の指示による食事を提供する場合。

④個人希望特別食

i 施設で指定した日に提供する普通の食事の単価を超えた特別食を希望する場合は、超過分を徴収いたします。

ii 施設で指定した日に提供する選択食の実費を徴収いたします。

⑤光熱水費

施設で定めた料金を徴収いたします。

1日につき 290円

⑥外出支援・通院支援の付き添い

職員が外出や通院の付き添いを行います。外出時間は、施設の指定した日時に。通院については、休日、深夜、夜間、早朝の時間帯は、割増料金になります。

他の利用者と一緒にいる場合は、人数割りの料金になります。

⑦理容・美容

理容・美容は、施設で指定した日に髪のカットが出来ます。

⑧銀行・郵便局代行

月 2 回、施設で指定した日に、払出、入金、振込等の手続きを代行します。

臨時代行の場合は、割増料金になります。

⑨買い物代行

月 2 回、施設で指定した日に希望する場合は、買い物を代行します。

臨時代行の場合は、割増料金になります。

⑩各種申請代行

希望する場合は、手続きを代行します。

⑪記録や情報のコピーが出来ます。

⑫インフルエンザ予防接種が出来ます。

⑬尿取りパッド等の販売

施設のものを使用する場合は、1 袋単位で販売いたします。

防災上限られた範囲内で、持ち込むことも可能です。

⑭貸与寝具の特別なクリーニング

特別に交換が必要になった場合、別途クリーニング代を徴収いたします。

⑮所持品の処分

不燃物及びリサイクル法に基づく家電製品処分費用を徴収いたします。

⑯行事参加費の一部負担

⑰利用者の希望による外出に伴う費用

付き添い料・入場料・交通費・食費等の実費。

⑱車椅子保管料

2 台目より別途徴収致します。

⑲日用品

タオル類として、別途徴収致します。

⑳お茶・おやつ

午前・午後のお茶と、週 1 回のおやつを提供し、別途徴収致します。

㉑貴重品管理

健康保険証、身体障害者手帳、障害福祉サービス受給者証、年金証書、実印、

銀行印、印鑑登録証等を預かります。

㉒所持品保管

倉庫保管となります。

㉓金銭出納管理

通帳、印鑑、現金 50,000 円以内を預かり、預かり金台帳、代理権証書管理

台帳を作成します。別途、契約・委任状が必要になります。

④利用者の負担金支払い時の振り込み手数料

(3) 利用料金のお支払い方法 (契約書第5条参照)

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに下記のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① ご登録口座からの引き落とし
- ② 指定口座へのお振込み

千葉銀行	一宮支店	普通預金	口座番号1032765
振込口座名義			
フリガナ	シヤイクワホジシ アイトモキョウカイ	リジチョウ	ヒタニ フミオ
社会福祉法人 愛の友協会 理事長 日谷 文雄			

③ 本部会計窓口での現金支払い (平日9:00~17:00)

7. 利用者が入院等された場合の対応について

当施設をご利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じた場合、又は外泊時の対応は、以下の通りです。(契約書 第13条、第14条参照)

① 検査入院、短期入院、外泊の場合

利用者が医療機関に短期入院した場合、所定の利用料金をご負担頂きます。

(1日当たり320円)ただし、入院当日及び退院当日は、通常の利用料をご負担頂きます。

(例A:入院または外泊期間 3月1日~10日(9泊10日間))

- ・ 3月1日 [入院又は外泊の開始日]・・・通常の利用料のご負担
- ・ 3月2日~3月9日 [8日間]・・・1日につき320円のご負担(※1)
- ・ 3月10日 [入院又は外泊の終了日]・・・通常の利用料のご負担

(例B:月をまたがる入院の場合 入院期間1月23日~3月9日)

- ・ 1月23日 [入院]・・・通常の利用料のご負担
- ・ 1月24日~31日 [8日間]・・・1日につき320円のご負担(※1)
- ・ 2月1日~3月9日 [37日間]・・・1日につき191円のご負担
- ・ 3月10日 [入院の終了日]・・・通常の利用料のご負担

(※1) 入院・外泊期間中の利用料金は、介護給付費等から給付される費用の一部をご負担頂くものです。尚、この期間中、当該居室を施設が他のサービスに活用する場合は入院・外泊される利用者の同意を得るものとします。

(※2) 入院91日以降、利用者又は家族の同意の下、施設職員が入院先を訪問し、被服等の準備その他の支援を行った場合に、次の通り費用の負担が発生することがあります。(予め、個別支援計画に記載の場合のみ)

②入院期間 91 日以降 4 日未満（91 日～93 日）入院の場合、病院への訪問回数が 1 回以上・・・561 円（1 ヶ月ごとに）

③入院期間 91 日以降 4 日以上（94 日目～）入院の場合、病院への訪問回数が 2 回以上・・・1,122 円（1 ヶ月ごとに）

尚、この期間中、入院・外泊をされる利用者の同意を頂いて、当施設が実施する短期入所等のサービスに活用することができます。

④退院後のご利用について

入院後、90 日以内に退院された場合には、原則として退院後も再び入院前と同じサービスをご利用出来ます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院された場合等、退院時に当施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所の居室等をご利用頂く場合があります。

⑤90 日以内の退院が見込まれない場合

90 日以内の退院が見込まれない場合には、契約解除となります。

8. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書 第7条第6項参照）

施設は、当施設が規定する個人情報管理規定及び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。）

・当施設における記録の項目は次の通りです。

- （1） 個別支援計画
- （2） サービス提供の具体的な内容
- （3） 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
- （4） やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や、緊急やむを得ない理由など
- （5） 利用者からの苦情の内容
- （6） 事故の状況及び事故に際しての対応
 - ◇ 保存期間は、サービス提供完了日から 5 年間です。
 - ◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前 9：00～午後 5：00

9. 要望・苦情等申立て先及び虐待防止に関する受付について

- （1） 当施設における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

苦情受付窓口担当者 (介護副責任者：永野 はるみ 介護リーダー：木村 寛之)	所在地 長生郡長生村金田 2 1 3 3 電話番号 0 4 7 5 - 3 2 - 2 5 8 7 F A X 0 4 7 5 - 3 2 - 1 3 4 5 受付時間 月曜日～金曜日 (祝日年末年始を除く) 午前 9 : 00～午後 5 : 00
苦情解決責任者 施設長：鵜沢 ひとみ	
第三者委員 介護支援専門員・正看護師：井上 昭子	

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

障がい福祉サービスを支給する 市町村の障害福祉係 市町村名：()	受付時間 月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 5 : 00 (祝祭日除く) 所在地 () 電話番号 ()
千葉県運営適正化委員会	所在地 千葉市中央区千葉港 4 - 3 (社会福祉センター内) 電話番号 0 4 3 - 2 4 6 - 0 2 9 4 F A X 0 4 3 - 2 4 6 - 0 2 9 8 受付時間 月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 5 : 00

(3) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する相談窓口	虐待防止責任者兼虐待防止マネージャー 施設長 鵜沢 ひとみ 受付時間 月曜日～金曜日 午前 9 : 00～午後 5 : 00 電話番号 0475-32-2587 F A X 0475-32-1345
--------------	--

10. 非常災害対策

(1) 災害時の対応

社会福祉法人 愛の友協会消防計画に基づき、迅速に対応します。

(2) 防災設備

非常警報装置(定期点検)、非常通報装置、非常放送装置、非常口、消火器、三角バケツ、誘導灯、懐中電灯、ソーラーライトが設置してあります。

(3) 防災備品

ヘルメット、防災頭巾、防災袋、防災長靴を常備しています。

(4) 非常食

非常食備蓄庫を完備しています。

(5) 防災訓練

定期的に非難誘導訓練及び防災訓練を実施しております。

夜間防災訓練（6月）、総合防災訓練（9月）、総合防災訓練（3月）

(6) 防災設備点検

防災社による消防設備点検（年2回：7月、1月）

施設内消防設備点検（各月防災委員により実施）

(7) 損害賠償保険加入

事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害補償」

・・・社会福祉法人全国社会福祉協議会

引受幹事保険会社：損害保険ジャパン日本興亜株式会社

保障の概要：基本補償、施設の什器・備品損害補償、役員の賠償責任補償

1 1. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防位に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	施設長 鵜沢 ひとみ
-------------	------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備します。

(4) 従業者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ます。

(5) 虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討などを行います。

1 2. 身体拘束の適正化について

身体拘束等の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

(1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置します。

(2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

(3) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

令和 年 月 日

指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護及び施設入所支援）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 指定障害者支援施設 モア・しょうえい

説明者職名 施設長 氏名 鵜沢 ひとみ 印

私は、本書面に基づき重要事項の説明を受け、指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護及び施設入所支援）の提供及び利用の開始に同意します。

利用者 住所 〒

氏名 印

身元保証人 住所 〒

氏名 印
続柄（利用者との関係）

身元保証人 住所 〒

氏名 印
続柄（利用者との関係）