

指定障害福祉サービス事業所

ハートフルひまわり

重要事項説明書

(平成27年4月改訂)

当事業所では、生活介護事業を提供します。当サービスの利用は、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。

本重要事項説明書は、当事業所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76条に基づき、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。

◆◆ 目次 ◆◆

1. サービスを提供する事業者	1
2. 利用事業所	1
3. サービスに係る設備等の概要	1
4. 従業員の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減	3
6. 利用者が入院された場合の対応について	9
7. 非常災害時の対応	10
8. 利用者の記録や情報の管理・開示について	10
9. 人権擁護及び虐待防止について	10
10. 苦情の受付について	11
11. 虐待相談受付について	11
重要事項の説明確認	13

社会福祉法人 ひまわりの会
指定障害福祉サービス事業所 ハートフルひまわり

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 ひまわりの会
代表者氏名	理事長 山 室 義 信
法人の設立年月日	昭和 55 年 11 月 11 日
所在地	岡山県倉敷市福田町福田 2 1 2 2 - 1
電話番号	0 8 6 - 4 5 5 - 8 5 8 5
e - m a i l	hmwr@po.harenet.ne.jp
URL	http://www.3flower.jp/

2. 利用事業所

事業所の種類	平成 20 年 4 月 2 日付 備中局健第 1 0 0 2 号 生活介護事業所 ハートフルひまわり
事業所の名称と目的	安定した生活を営むため、常時介護を要する者につき、主として昼間において、入浴、排泄、及び食事などの介護、調理、洗濯及び掃除などの家事並びに生活などに関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作活動又は生産活動の機会の提供その他の身体的機能又は、生活能力の向上のために行われる必要な援助を行うことを目的とする。
主たる対象者	運営規程による
事業所の所在地と連絡先	岡山県倉敷市福田町福田 2 1 2 2 - 1 0 8 6 - 4 5 5 - 3 5 0 3 (事業所直通) 0 8 6 - 4 5 5 - 8 5 8 5 (事務局代表)
管理者	加 登 修 一
サービス管理責任者	加 登 修 一
事業所の運営方針	安定した生活をおくるため、常時介護などの必要な方に対し、自立した日常生活や社会生活を営めるよう、入浴・排泄及び食事介護、創作活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行う。
事業所の開設	平成 20 年 4 月 1 日
定 員	4 0 名

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 施設設備の概要

施設設備の種類	箇所数	備 考
洗面所	2ヶ所	ハートフル2
便 所	5ヶ所	ハートフル4・陶芸棟1
浴室・脱衣場	1ヶ所	ハートフル1
訓練・作業室	6ヶ所	ハートフル5・陶芸棟1
相談室	2ヶ所	ハートフル2
交流室・多目的室	3ヶ所	ハートフル3
更衣室	2ヶ所	ハートフル2
静養室	1ヶ所	ハートフル1

* 当事業所では、上記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、指定障害福祉サービス（生活介護事業）のサービス提供に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、利用者にご負担いただく費用はありません。

* 消火設備その他非常災害に際して必要な設備等

- ・自動火災報知機 ・非常通報装置 ・誘導灯 ・消火器の配置 ・防災加工カーテン
- ・食料備蓄（飲料水含む7日）

（2）施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、施設・設備をご利用いただくに当たって以下の点にご注意ください。

- ① 事業所内の設備、器具は本来の用途、使用方法に従ってご利用ください。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。（個人への貸し出し備品など、保険対象外も含む）
- ② 貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。
- ③ 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
- ④ 全館禁煙です。

4. 従業員の配置状況

従業員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業員を配置しています。

<主な従業員の配置状況>

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1名	1名		1名
2. サービス管理責任者	1名	1名		1名
3. 生活支援員	11.9名	5名(内1名兼務)	8名	7.7名
4. 看護職員		兼務1名		以上
5. 医師			1名	1名
6. 調理員	1名	名	1名	
7. 事務員	1名		1名	

*常勤換算とは：

従業員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤従業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日勤務の従業員（1週間で20時間勤務）が5名いる場合、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。

<専門的な支援等に係る従業員の配置状況>

「生活支援員」の常勤者のうち3名が介護福祉士、非常勤者のうち2名が介護福祉士、7名が訪問介護員2級以上、3名が保育士の有資格で、専門的なサービス提供に努めております。

<主な職種の勤務体制（営業時間帯における最低配置人員）>

職 種	生活介護
	9:00～16:00
1. 生活支援員	7.7名

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">① 介護給付等から給付されるサービス② 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス [①以外のサービス] |
|---|

(1) 当事業所が提供するサービスと利用料金

事業所が提供するサービスについては、**食費を除き、サービス利用料金全体のうち9割が介護給付費等の給付対象となります。**事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者は利用者負担分として、**サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担または利用者負担額といいます）。**

なお、介護給付費等が給付される場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、**いったん全額を事業者にお支払頂きます。**

※ 償還払いとは、一旦、利用者がサービス利用料金全額を事業者に支払い、支払額のうち9割が市町村から返還されるものです。

<サービスの概要>

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、さまざまな課題の解決を目的として本事業所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、利用者の同意をいただくものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

障害福祉サービス事業所 ハートフルひまわり におけるサービス提供の内容

i 食事の提供

ご希望に対して利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供します。当事業所の食事時間は次のとおりです。

昼食（11:30～12:45）

ii 健康管理

常に利用者の健康状況に注意し、嘱託医、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。服薬管理は、当事業所の看護職員と相談の上、行います。

- * 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、下記の嘱託医または協力医療機関において受診・治療を受けることができます。
- * 利用者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への連絡等を行います。
- * 協力医療機関以外の遠方の病院等での受診については、利用者の待ち時間・移動時間等の負担が大きいため、日常的な検査・定期通院については、指定協力医療機関を考えております。

* 諸事情で、家族での通院ができなくなった場合には、ご相談ください。オプションルを適用することも可能です。

1) 嘱託医

医療機関の名称	雨宮医院
医院長氏名	雨宮 慎二
所在地	倉敷市北畝4-17-12
電話番号	086-456-2000
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
入院設備	なし

2) 指定協力医療機関

医療機関の名称	電話番号	診療科
水島中央病院	444-3311	内科・整形外科・外科ほか
水島協同病院	444-3211	神経内科・外科・内科ほか
倉敷仁風ホスピタル	465-2430	精神科
倉敷成人病センター	422-2111	小児科・内科・外科ほか
水島歯科診療所	444-8221	歯科
まきび病院	698-6511	精神科
赤松眼科	426-7547	眼科
馬越歯科	455-9353	歯科
多田皮膚科	426-7548	皮膚科
渡辺耳鼻咽喉科医院	427-3311	耳鼻咽喉科

※ ただし、家庭でされた病気・怪我の通院は、原則家族の方で通院をお願いいたします。

iii 相談及び援助

当事業所では、常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

iv 日中活動

当事業所では日中活動（生活介護事業）として、利用者の障害特性を踏まえた工夫を持って、生産活動や社会体験・余暇等の機会を提供します。その内容は以下のとおりで、平日を中心とした活動になります。

- ① 手芸・陶芸作品製作
- ② わくわく活動
- ③ 健康維持訓練（歩行訓練・3B体操など）
- ④ 買物・外出
- ⑤ レクレーション
- ⑥ 日常生活支援（身だしなみ・入浴・排泄・食事）
- ⑦ 健康管理（日々の健康状態の把握、検温、血圧など）

v 余剰金の分配

上記日中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の余剰金が生じた場合、おやつ代等や活動のために使用させていただきます。現在は、現金としての分配は、行

っておりません。

vi 皆勤賞

1ヶ月休まずハートフルひまわりで活動した利用者に皆勤賞として、下記の金額を利用者にお支払いします。

月一8日利用契約者	・・・	500円
週4日利用契約者 + 活動のある土曜日 + 奉仕日	・・・	400円
週3日利用契約者 + 活動のある土曜日 + 奉仕日	・・・	300円
週2日利用契約者 + 活動のある土曜日 + 奉仕日	・・・	200円

※ 定期受診でのお休みは、皆勤賞の対象とする。

vii 送迎

希望により送迎を行い、自宅まで伺います。乗降についてはご家族のほうでお願いいたします。なお、車両内での危険行為等がある場合は、送迎者の利用をお断りする場合がございます。

自主通所を希望の場合は、安全を確認の上、通所していただきます。通所は、ご本人およびご家族、身元引受人の責任のもと行ってください。但し、通所中に発生した緊急時の対応は、事業所で行います。

viii 活動の服装

従来の作業服もしくは、活動しやすい服装で活動を行います。従来の作業服を希望の方は、注文をお受けします。

ix 「日用品」

当事業所では、利用者の日常生活における日用品を提供します。日用品とは下記の物とし、生理用ナプキン・紙オシメ・尿とりパットの数量は、1日の使用上限を設けています。数量に関しては、一般的に使用する頻度から標準基準を定めています。なお、個人の嗜好や1日提供数を超える使用に関しては、個人負担で準備のこととします。

物品名	生活介護
歯ブラシ（普通タイプ）	2ヶ月に1本
歯磨き粉（150g程度）	3ヶ月に1本
生理用ナプキン（昼用または夜用）	5枚/日
紙オシメ（S・M・Lサイズ）	5枚/日
尿とりパット	5枚/日

サービス利用料金（1日あたり）

利用者は、介護給付費等のサービス（厚生労働大臣の定める額。但し軽減等が適応あり）の所定の利用者負担額をお支払いいただきます。事業所は、サービス利用料金のうち、市町村から介護給付費として代理して受領した額については、別途利用者にお知らせします。

(1) 障害福祉サービス事業所ハートフルひまわり：生活介護の提供するサービス

※ 各利用者の障害程度区分によって料金が異なってきます。

1. 利用されるサービスと料金 ①	生活介護事業
	区分2： 4,910円
	区分3： 5,390円
	区分4： 5,990円

	区分5： 8,510円 区分6： 12,780円
2. うち、介護給付費等が給付される金額 ②	上記の9割給付
3. うち、サービス利用に係る自己負担額 (定率負担) (①-②) ※日額	区分2： 491円 区分3： 539円 区分4： 599円 区分5： 851円 区分6： 1,278円
4. 食事に係る自己負担額	昼食：555円 低所得者350円
5. 食事体制加算に係る自己負担額(定率負担)	30円
6. 福祉専門職員配置加算(Ⅰ)に係る自己負担額 (定額負担)	15円
7. ご負担額合計(1日あたり) (3+4+5+6) ※食事自己負担555円で計算。	区分2： 1,091円 区分3： 1,139円 区分4： 1,199円 区分5： 1,451円 区分6： 1,878円

- * ご負担いただく金額については、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といたします。
- * 送迎加算(片道27円)車両による送迎を行った場合、加算されます。
(注) 各種加算等についても、該当する場合はその単価を勘案して、サービス利用料金を記載する。

<サービス利用の取り消し(キャンセル)について>

(契約書第15条)(※生産活動を含む場合は、第16条)

- * 利用者が、サービス利用を取り消し(キャンセル)する場合は、利用予定日の3日前までに当事業所までお申し出ください。
- * なお、サービス利用日の3日前までに申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料(食費の実費相当額) 1食当たり(昼食)	555円(低所得者350円)
----------------------------	----------------

<サービスを利用されなかった日における対応について>

通所による(施設入所支援を利用しない)利用者が、なんらかの理由でサービスを利用されなかった場合には、①居宅への訪問による相談援助、②電話等による相談援助を実施しています。その場合にお支払いいただく1回あたりの利用料金は、下記のとおりです。

- ① 訪問支援特別加算【連続して5日間利用がなかったとき】(月2回まで)

内 容	欠席時の対応<訪問>	金 額
1. サービス利用料金	月2回を限度として 1回あたり ① 1時間まで	① 1,870円

	② 1時間を超えた場合	② 2,800円
2. うち、介護給付費から給付される金額		① 1,683円 ② 2,520円
3. 自己負担金(1-2)		① 187円 ② 280円

② 欠席時対応加算(月4回まで)

内 容	欠席時の対応<訪問>	金 額
1. サービス利用料金	月4回を限度として、 1回あたり	① 940円
2. うち、介護給付費から給付される金額		② 846円
3. 自己負担額(①-②)		94円

<利用者負担の減免について>

[利用者負担に関する月額上限] 生活介護事業所のみ利用の場合

- 1か月あたりのサービス利用に係る「定率負担」については、所得(世帯の収入状況)に応じて下表のとおり4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況	1か月あたりの負担上限額
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	課税世帯(所得割16万円未満) ※年収が概ね600万円以下の世帯が対象	9,300円

* 夜間生活サービスをご利用の方は、夜間生活事業所の重要事項の月額上限を参照ください。

<個別減免について>

通所系サービス利用にあたっては、利用者が低所得の区分である場合、食材料費のみの負担となるため、食費額全体の3分の1(材料費のみ)の負担となります。

(2) (1)以外のサービス

下記①~④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、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払いいただきます。

なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当の額に変更することがあります。その場合事前に変更内容ならびに変更する事由について、変更を行う2か月前までにご説明します。

① 食事の提供とこれに伴う費用

- 利用者のご希望により、食事を提供します。
- 食費(昼食) 555円 ※低所得者は食材料費として350円
- 給食は、原則セルフサービスです。
- 弁当等外部の食事を提供した場合は、実費となります。その際は通常料金との差額を請求もしくは返金させていただきます。

- 食品衛生上、調理後 2 時間を経過したものは、廃棄します。
- 給食は、栄養と利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。
 - 《健康食》 低カロリー食（1,800KCal 及び1, 600Kcal）
 - 《刻み食》 希望に応じて、粗～細に刻んだ食事を提供
 - 《減塩食》 塩分を控えめにした食事（目安：1食7g）
 - 《低コレステロール食》
 - コレステロールを低くした食事（目安：300mg）
 - 《腎臓食》 カリウムを除去した食事（減塩）
 - 《病人食》 ご希望の方にはうどんやお粥を提供します。

② 特別なサービスの提供とこれに伴う費用

種 類	内 容	金 額
預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> • お預かりするもの： 事業所の指定する金融機関に預け入れている通帳及び日常必要な少額の現金、金融機関届出印、年金証書 • 保管管理者：加 登 修 一 • 出納責任者：高 田 圭 太 郎 <p>※入出金については、責任を持って行い、金銭出納長を作成します。</p> <p>※利用者はいつでも出入金記録を閲覧できます。</p>	月額 1,000 円
栄養補給食品	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の希望や医師の指示により、栄養補助食品等を提供します。 	実費
個別用件代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> • 市外への薬受取や買い物、公共機関への事務取次等の代行を行います。 <p>※グループホーム。ケアホームをご利用の方は原則世話人さん(もしくはヘルパー)が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p> <p>※在宅の方は、ヘルパーをご利用ください。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p>	20 円/1 km のガソリン代
同行サービス	<ul style="list-style-type: none"> • 市外への通院や利用者の依頼による外出、帰宅の送迎等を行う場合は、付き添い同行します。なお職員の勤務が調整できない場合は、お断りすることもあります。 • 駐車料金・運賃・高速料金等は自己負担となります。 <p>※グループホーム・ケアホームをご利用の方は原則世話人(もしくはヘルパー)が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。</p> <p>※在宅の方はヘルパー及び福祉有償運送をご利用ください。(別途申請・登録が必要です。)利用</p>	<p>20 円/1km のガソリン代</p> <p>※(参考)福祉有償運送料金：100 円/1km 及び待ち料金 10 分以上5分ごとに 100 円加算</p>

	できない時のみ、右記の金額で提供します。	
申請書類 代行サービス	・行政機関等での各種申請・関係書類など家族で申請書類が記入できない場合、代行します。(療育手帳の書換え・重心医療申請・自立支援医療申請・障害年金の申請など)	1,000円/1通
複写物の交付	・領収証の発行はできません。	100円/1枚
各種証明書の 発行	・在園証明書等 ・領収書が必要な方には発行いたします。	100円/1部
衣類のお直し	スナップ・ボタン・前冠つけ ファスナー付け ゴムの入れ替え 裾上げ・ウエスト直し ほつれ直し	実費
日用品	個人使用の歯ブラシ・歯磨き粉・整理ナプキン 紙おむつ・個人使用の洗剤等	実費

③ 入浴サービスの提供とこれに伴う費用

利用者のご希望により、入浴サービスを提供します。

入浴料 400 円。

※排泄介助のためのシャワー浴は無料で提供します。

(3) 利用料金・費用のお支払方法

前記(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ① 利用者の指定金融機関の口座からの自動引落としとする方法
- ② 直接施設の窓口でお支払いただく方法
- ③ 施設指定の金融機関の口座に振込んでいただく方法

【指定金融機関】

振込先：香川銀行倉敷支店

口座名義：社会福祉法人ひまわりの会

障害支援施設 ハートフルひまわり

管理者 加 登 修 一

口座番号：普通預金3508105

※ 振込手数料は、ご負担いただきます。

6. 利用者が入院された場合の対応について

当事業所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、3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当事業所を再び優先的に利用することはできません。

7. 非常災害時の対応

<事故発生時の対応>

サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

<非常時の対応>

別途定める「ひまわりの会消防計画」により、対応します。

<平常時の訓練>

別途定める「ひまわりの会消防計画」により、原則年4回避難訓練・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。

<防災組織>

自動火災報知機・誘導灯・非常通報装置・非常電源・スプリンクラー

<消防計画>

消防署への届出：毎年4月提出

防火責任者：高田 圭太郎

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）

事業者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。）

* 本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (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並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止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、サービス提供完了から5年間です。

◆ 閲覧・複写ができる窓口業務は、午前9:00～午後5:00です。

（窓口は、それぞれ利用されている事業所となります。）

（注） 個人情報保護法に基づく、個人情報保護方針（プライバシーポリシー）等と個人情報の利用目的等をあわせて説明し、同意をいただいたことに関し使用します。

（他の事業所や行政などと調整のための個人情報や機関紙HPなどでの個人を特定できない程度の写真の掲載）

9. 人権擁護及び虐待防止のための措置

- (1) 人権擁護及び虐待防止

利用者の支援や援助、介助に当たる職員は、利用者に対し身体的又は精神的虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

- (2) 身体拘束

当事業所は、利用者の身体的拘束を行いません。万一利用者又は他の利用者、職員等の生命又は身体を保護するため、緊急止むを得ないことがあると予想される場合、家族の「利用者の身体拘束に伴う同意書」に同意を受けたときのみ行います。

(3) 個人情報保護

当事業所及び職員は、利用者に対するサービスの提供にあたり、知り得た利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。又他の事業者等に対して情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者又はその家族の同意を得ます。

事業所は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者に関する情報を洩らすことのないよう、必要な措置を講じます。

10. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付 (以下の専用窓口で受け付けます。)

◎ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

○ 苦情受付窓口(担当者)

[氏名] 須藤 勝昭 [職名] 支援員

○ 苦情解決責任者

[氏名] 塚本 直美 [職名] チーフ

○ 第三者委員

[氏名] 平松 正臣 [所属] 関西福祉大学 教授

連絡先: 070-5529-1336 ※平日 18:00～20:00

[氏名] 松尾 忠昭 [所属] 倉敷市社会福祉協議会 顧問

連絡先: 086-455-4488 ※平日 19:00～21:00

[氏名] 石原 昌子 [所属] 法務省 人権擁護委員

連絡先: 086-455-8646 ※平日 19:00～21:00

◆ なんでも相談の受付の仕方と月々の報告を管理棟に掲示してあります。

◆ 何でも相談ボックスは、各寮に設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

倉敷市障害福祉課	岡山県倉敷市西中新田 640 電話番号 086-426-3305
岡山県運営適正化委員会	岡山県岡山市南方 2-13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館内 電話番号・FAX 086-226-9400

11. 虐待相談受付について

(1) 当事業所における虐待の受付

当事業所における虐待のご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

◎ 受付時間 9:00～17:00

○ 虐待受付窓口(担当者)

氏名 須藤 勝昭 [職名] 支援員

○ 虐待防止責任者

氏名 塚本 直美 [職名] チーフ

○虐待防止外部委員

氏名 平松 正臣 [所属] 関西福祉大学 教授
連絡先 070-5529-1336 ※平日 18:00~20:00
氏名 松尾 忠昭 [所属] 倉敷市社会福祉協議会 顧問
連絡先 086-455-4488 ※平日 19:00~21:00
氏名 石原 昌子 [所属] 法務省 人権擁護委員
連絡先 086-455-8646 ※平日 19:00~21:00

◆なんでも相談ボックスを設置しています。

また、対応のご報告は、本部食堂前に掲示いたします。

(2) 行政機関その他の虐待相談受付機関

倉敷市障害福祉課 電話番号：(086) 426-3305

所在地：倉敷市西中新田640

倉敷市障害虐待防止相談窓口（相談支援センターひまわり）

電話番号：(086) 446-1511

所在地：倉敷市水島相生町16-6

附 則

この説明書は、平成20年 4月 1日から施行する。

この説明書は、平成21年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成22年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成23年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成24年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成25年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成26年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成26年 7月 1日から改正施行する。

この説明書は、平成27年 4月 1日から改正施行する。

【重要事項の説明確認】

平成 年 月 日

指定障害福祉サービス事業所に関するサービス（生活介護事業）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。

事業所名 障害福祉サービス事業所 ハートフルひまわり

説明者 職名 チーフ 氏名 塚本 直美 印

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（生活介護事業）の提供及び利用の開始に同意しました。

<利用者>

住所 _____

氏名 _____ 印

<身元引受人（本人代理）>

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

<成年後見人>※選任されている場合

住所 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____