

## 重 要 事 項 説 明 書 (指定地域相談支援)

この「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、社会福祉法第76条及び「障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成24年厚生労働省令第27号平成24年3月13日）」第5条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

### 1 指定地域相談支援を提供する事業者について

|                |                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 事業者名称          | 社会福祉法人 ふれあい共生会                                                 |
| 代表者氏名          | 理事長 川嶋 初音                                                      |
| 本社所在地<br>(連絡先) | 大阪府大阪市東住吉区矢田3丁目16番8号<br>電話番号 06-6609-8500 ファックス番号 06-6608-1922 |
| 法人設立年月日        | 1994年11月10日                                                    |

### 2 ご利用者へのサービスを担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

|                              |                                                                              |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 事業所名称                        | もくれん ユリノキ                                                                    |
| サービスの<br>主たる対象者              | 身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者、難病者、障がい児                                                |
| 大阪市指定<br>事業所番号               | 指定地域移行支援 2730800048号（平成24年4月1日大阪府指定）<br>指定地域定着支援 2730800048号（平成24年4月1日大阪府指定） |
| 事業所所在地                       | 大阪府大阪市東住吉区矢田6丁目8番7号                                                          |
| 連絡先                          | 電話番号 06-6609-8500 ファックス番号 6608-1922                                          |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域            | 大阪市東住吉区、大阪市平野区、大阪市住吉区                                                        |
| 事業所が行なう<br>他の指定障がい<br>福祉サービス | 指定計画相談支援 2730800048号（平成24年4月1日大阪市指定）<br>指定障がい児相談支援 2770800114号（平成28年5月1日指定）  |

#### (2) 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                                                                        |
|-------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場にたった適切な指定地域移行支援及び指定地域定着支援（以下「指定地域相談支援」という。）の提供を行います。                                                                              |
| 運営方針  | 1. 利用者が地域において自立した日常生活または社会生活を営むことが出来るよう、当該利用者につき、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談その他必要な支援を適切かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。<br>2. 利用者が地域において自立した日常生活または社会生活を営む |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>ことが出来るよう、当該利用者との常時の連絡体制を確保し、当該利用者に対し障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の必要な支援を適切かつ効率的に行います。</p> <p>3. 市町村、障害福祉サービス事業者等の関連機関との連携を図り、当該利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、適切かつ効果的に行います。</p> <p>4. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者の立場に立って行います。</p> <p>5. 前三項のほか、障害者自立支援法（平成17年法律第123号。以下「法」という。）及び「障害者自立支援法に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」（平成24年厚生労働省令第27号）に定める内容のほか、関係法令等を遵守し、事業を実施します。</p> |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

|         |                             |
|---------|-----------------------------|
| 営 業 日   | 月～土（休業日：日曜日・年末年始 12/30～1/3） |
| 営 業 時 間 | 9：00～17：30                  |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

|          |                             |
|----------|-----------------------------|
| サービス提供日  | 月～土（休業日：日曜日・年末年始 12/30～1/3） |
| サービス提供時間 | 9：00～17：30                  |

(5) 事業所の職員体制

|       |      |
|-------|------|
| 管 理 者 | 松川 恵 |
|-------|------|

| 職 種           | 職 務 内 容                                                                        | 人 員 数      |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 管 理 者         | <p>1 従業者及び業務の管理を、一元的に行います。</p> <p>2 従業者に、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。</p>       | 常勤兼務<br>1人 |
| 相 談 支 援 専 門 員 | <p>1 その他の従業者に対する技術的指導及び助言を行います。</p> <p>2 基本相談支援、指定地域移行支援、指定地域定着支援の業務を行います。</p> | 常勤兼務<br>3人 |

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |
|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 地域移行支援従事者・ピアサポーターを含む | <p>1 【基本相談支援】障害者等からの相談に応じ、情報の提供等を行い、市町村や所婦害福祉サービス事業者等との連絡調整を行います。</p> <p>2 【指定地域移行支援】障害者支援施設や精神科病院等にいる障害者が地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の支援を行います。</p> <p>3 【指定地域定着支援】居宅において単身で生活する障害者等との常時の連絡体制を確保し、緊急の事態への対処等を行います。</p> <p>ピアサポーターとして利用者と同一目線に立ち、相談・助言等を行うことにより、自立に向けた意欲向上や地域生活を続ける上での不安軽減など、社会参加や地域での交流、課題の解決等を支援します。</p> | 常勤兼務<br>3人<br>非常勤兼務<br>3人 |
| 事務員                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                           |

※資格等、別紙。

### 3 提供するサービスの内容

#### (1) 指定地域移行支援

| サービス区分と種類       | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域移行支援計画の作成     | <p>1 利用者に面接して、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認します。その上で、利用者の希望する生活や課題等の把握を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、適切な支援内容を検討します。</p> <p>2 支援内容の検討結果を基に、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、地域移行支援の目標及びその達成時期等を記載した地域移行支援計画の原案を作成します。</p> <p>3 障害者支援施設や精神科病院等における担当者等を招集して地域移行支援計画の作成に係る会議を開催し、地域移行支援計画の原案の内容について意見を求めます。</p> <p>4 地域移行支援計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、地域移行支援計画を利用者に交付します。</p> |
| 相談及び援助等活動に関する支援 | <p>利用者に面接し、利用者の心身の状況等を確認した上で、利用者に対し、住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談に適切に応じるとともに、障害者支援施設や精神科病院からの外出に同行し、必要な支援を行います。</p> <p>※面接又は同行による支援は、概ね1週間に1回行うものとし、少なくとも、1ヶ月に2回行います。</p>                                                                                                                                                                                                                                 |

|                                   |                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 障害福祉サービス事業の体験的な利用                 | 利用者の心身の状況等に応じて、地域における生活に移行するための障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援）の体験的な利用を行います。                                                                                                       |
| 一人暮らしに向けた体験的な宿泊                   | 利用者の心身の状況等に応じて、利用者との常時の連絡体制を確保しつつ、地域における生活に移行するための単身での生活に向けた体験的な宿泊を行います。                                                                                                             |
| その他運営に関する重要事項（地域生活支援拠点等の機能を担う事業所） | <p>障害福祉サービス等及び障害児通所支援等の円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成２９年厚生労働省告示第１１６号）第二の三に規定する地域生活支援拠点等として次の機能を担う。</p> <p>（１）体験の機会・場</p> <p>地域移行や親元からの自立等に当たって、共同生活援助等の障害福祉サービスの利用や一人暮らしの体験の機会・場を提供する機能。</p> |

※地域移行支援の実施にあたっては、市町村や指定障がい福祉サービス事業者等との連絡調整を行います。また、住居の確保や行政機関の手続き等について、利用者又はその家族が行うことが困難な場合は、利用者の同意を得て代行します。

## (2) 指定地域定着支援

| サービス区分と種類   | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域定着支援台帳の作成 | <p>１ 利用者に面接して、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認します。その上で、利用者が地域において日常生活を営む上での課題等の把握を行い、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の支援を適切に行えるよう備えます。</p> <p>２ 支援内容の検討結果を基に、利用者の心身の状況、その置かれている環境、緊急時において必要となる家族、利用者が利用する指定障害福祉サービス事業者等、医療機関等の関係機関の連絡先その他の利用者に関する情報を記載した地域定着支援の台帳を作成します。</p> |
| 常時の連絡体制の確保等 | 利用者の心身の状況及び障害の特性等に応じ、適切な方法により、利用者との常時の連絡体制を確保します。また、利用者の居宅への訪問等を行い、利用者の状況を把握します。                                                                                                                                                                                         |
| 緊急の事態への対処等  | 緊急の事態が生じた場合には、速やかに利用者の居宅への訪問等による状況把握を行い、利用者の家族、利用者の利用する障害福祉サービス事業者等その他の関係機関との連絡調整、緊急の場合における一時的な滞在による支援等の措置を講じます。                                                                                                                                                         |

※常時の連絡体制の確保及び緊急の事態における支援を行うため、以下の体制をとります。

| 曜日・時間等                | 連絡先           | 対応方法             |
|-----------------------|---------------|------------------|
| 月～土（日除く）<br>9時～17時30分 | 06-6609-8500  |                  |
| 上記以外                  | 080-5353-5529 | 携帯電話にて職員が対応（輪番制） |

#### 4 提供するサービスの利用料金とその他の費用について

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 地域相談支援利用料 | 厚生労働大臣が定める基準額を支給決定市町村より代理受領します。なお、代理受領した利用料の額については、利用者に通知します。                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| 交通費       | <p>利用者の希望により、通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定地域相談支援を提供した際には、その実費をいただきます。</p> <p>●公共交通機関を利用した場合・・・実費</p> <p>●事業者の自動車を使用した場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本所から片道 1.5km～5km 未満 500 円</li> <li>・本所から片道 5km～10km 未満 1000 円</li> <li>・本所から片道 10km 以上の場合は 5km 毎に 300 円加算</li> </ul> <p>利用料等について支払いが困難な状況が発生した場合は、管理者と協議の上、減額または免除することが出来ます。</p> |
| その他の費用    | 利用者の事情により必要となる嗜好品等の実費をご負担いただくことがあります。その際は、別途、前もって説明を行い、利用者の同意をいただきます。                                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### 5 その他の費用の支払い方法について

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 交通費その他の費用の支払い方法について | <p>交通費及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 10 日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(ア)現金支払い</p> <p>(イ)利用者指定口座からの自動振替</p> <p>(ウ)事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。</p> |
|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 6 担当者の変更を希望される場合の相談窓口について

|                                              |   |            |                                            |
|----------------------------------------------|---|------------|--------------------------------------------|
| 利用者のご事情により、担当者の変更を希望される場合は、右の相談担当者までご相談ください。 | ア | 相談担当者氏名    | 松川 恵                                       |
|                                              | イ | 連絡先電話番号    | 06 - 6609 - 8500                           |
|                                              | 同 | ファックス番号    | 06 - 6608 - 1922                           |
|                                              | ウ | 受付日および受付時間 | 月～土 9：00～17：30<br>(休業日：日曜日・年末年始 12/30～1/3) |

※ 担当者の変更に関しては、利用者等の希望を尊重して調整を行いますが、当事業所の人員体制などにより、ご希望にそえない場合もありますことを予めご了承ください。

## 7 指定地域相談支援の提供にあたっての留意事項

### (1) 市町村の支給決定内容等の確認

指定地域相談支援の提供に先立って、受給者証に記載された地域相談支援給付決定の内容・有効期間・地域相談支援給付量等を確認させていただきます。受給者証の住所、地域相談支援給付内容等に変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

### (2) 担当者の決定等

指定地域相談支援提供時に、担当者を決定します。ただし、緊急時の対応等においては、担当者以外の職員が対応させていただくこともあります。また、担当者が交代する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対して地域相談支援提供上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定の担当者を指名することはできませんが、担当者についてお気づきの点やご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

## 8 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者（児）施設における虐待の防止について」（平成 17 年 10 月 20 日障発第 1020001 号厚生労働省社会援護局障害保健福祉部長通知）に準じた取扱いをするとともに、下記の対策を講じます。

### ① 虐待防止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 羽室 剛 |
|-------------|----------|

### 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ています。

### ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

## 9 身体拘束等の禁止について

事業所は、サービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

事業所は、やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録をします。

事業所は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じます。

### ① 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。

### ② 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。

### ③ 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施します。

## 10 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                                                                             |
| ②個人情報の保護について            | <p>○事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

## 11 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。
  - ② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。
- 連絡先：電話番号 06-6609-8500
- 対応可能時間 月～土（12-30～1/3を除く）9：00～17:30

## 12 事故発生時の対応方法について

利用者に対する居宅介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、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、利用者に対する居宅介護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。

|             |             |                          |
|-------------|-------------|--------------------------|
| 市<br>町<br>村 | 市 町 村 名     | 大阪市                      |
|             | 担 当 部 ・ 課 名 | 福祉局 障がい者施策部 運営指導課        |
|             | 電 話 番 号     | 06 - 6241 - 6527（ガイダンス③） |

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：損害保険ジャパン

保険名：「しせつの損害補償」

保障の概要：訪問相談等サービス補償等

### 1 3 業務継続計画の策定等について

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

事業所は、従業員に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施します。

事業所は、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

### 1 4 事業所は、当事業所において感染症又は食中毒が発生し、又はまん延しないように、次の各号に掲げる措置を講じます。

- ① 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従業員に周知徹底を図ります。
- ② 事業所における感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための指針を整備します。
- ③ 事業所において、従業員に対し、感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止のための研修並びに感染症の予防及びまん延の防止のための訓練を定期的実施します。

### 1 5 身分証携行義務

従業員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

### 1 6 心身の状況の把握

指定居宅介護の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

### 1 7 指定障害福祉サービス事業者との連携等

指定地域移行支援の提供に当り、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

### 1 8 サービス提供の記録

指定地域移行支援を提供した際は、サービスの提供日、内容その他必要な事項を、提供の都度記録し、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。また利用者の確認を受けた後は、その控えを利用者に交付します。



## 19 苦情解決の体制及び手順

(ア) 提供した指定居宅介護に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名 普門 大輔

(イ) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情または相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問し、事情の確認を行う。
- ② 相談担当者は、把握した状況を管理者とともに検討を行い、対応を決定する。
- ③ 対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡をする。)

|                                                        |      |                                                                                                                                            |
|--------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>在宅サービスステーション<br>もくれん                       |      | 所在地 大阪市東住吉区矢田 6-8-7<br>電話番号 06-6699-9532<br>ファックス番号 06-6608-1922<br>受付時間 月～土曜日(12/30～1/3 除く) 9:00～17:30<br>苦情受付担当者 馬場園 恵理子<br>苦情解決責任者 羽室 剛 |
| 【市町村の窓口】<br>お住まいの区の<br>保健福祉センター                        | 東住吉区 | 所在地 東住吉区東田辺 1-13-4<br>電話番号 06-4399-9857<br>ファックス番号 06-6629-4580<br>受付時間 月～金曜日(祝日等を除く) 9:00～17:30                                           |
|                                                        | 平野区  | 所在地 平野区背戸口 3-8-19<br>電話番号 06-4302-9857<br>ファックス番号 06-4302-9943<br>受付時間 月～金曜日(祝日等を除く) 9:00～17:30                                            |
|                                                        | 住吉区  | 所在地 住吉区南住吉 3-15-55<br>電話番号 06-6694-9857<br>ファックス番号 06-6694-9692<br>受付時間 月～金曜日(祝日等を除く) 9:00～17:30                                           |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府社会福祉協議会<br>運営適正化委員会<br>「福祉サービス苦情解決委員会」 |      | 所在地 大阪市中央区谷町 7-4-15<br>大阪府社会福祉会館 2 階<br>電話番号 06-6191-3130<br>ファックス番号 06-6191-5660<br>受付時間 月～金曜日(祝日等を除く) 10:00～16:00                        |

## 20 職場におけるハラスメントの防止について

事業所は、適切なサービスの提供を確保する観点から、職場において行われる性的な言動又は優越的な関係を背景とした言動であって業務上必要かつ相当な範囲を超えたものにより従業者の就業環境が害されることを防止するための方針の明確化等の必要な措置を講じます。

## 21 サービス提供開始可能年月日

|                 |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

## 22 重要事項説明の年月日

|                 |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

上記内容について、「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第171号平成18年9月29日）」第9条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                      |
|-----|-------|----------------------|
| 事業者 | 所在地   | 大阪府大阪市東住吉区矢田3丁目16番8号 |
|     | 法人名   | 社会福祉法人 ふれあい共生会       |
|     | 代表者名  | 理事長 川嶋 初音            |
|     | 事業所名  | もくれん ユリノキ            |
|     | 説明者氏名 | 印                    |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

※署名代行、別紙。