

障がい者支援施設 愛光園 重要事項説明書

あなたに対する指定障害者支援施設サービス提供の開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 雄勝なごみ会
所 在 地	秋田県湯沢市小野字大沢田221番地
電話番号	0183-52-5210
代表者氏名	理事長 菅 義雄
設立年月	昭和56年 5月27日

2. 利用施設

事業所の種類	指定障害者支援施設 平成20年 4月 1日
事業所の名称	障がい者支援施設 愛光園
事業所の所在地	秋田県湯沢市寺沢字段の上4番地5
電話番号	0183-52-4313
管 理 者	施設長 今 俊幸
サービス管理責任者	伊藤 奈緒子
サービスの実施地域	湯沢市
主たる対象者	特に定めない
定 員	50名
開設年月日	昭和57年 2月 1日
事業所番号	0510700883

3. サービスの目的・運営方針

目 的	生活介護の対象者に対し、日中活動と合わせて、夜間等における入浴、排泄又は食事の介護等を提供することを目的として、障害者施設において、必要な介護、支援をする。
運営方針	関係法令を遵守し、ご利用者の尊厳を重んじ、その尊厳にふさわしい生活を実現できるよう努めます。

4. 居室等の概要

(1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
3人部屋	15	
2人部屋	4	
1人部屋		
合計	19	その他、休憩スペースがあります。

※ご利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

○愛光園における居室の決定方法は、次のとおりです。

- ・ご利用者の意向をお伺いします。
- ・他のご利用者との調整を行います。
- ・体調不良の方を優先します。

(2) 居室以外の施設設備の概要

	部屋数	備考
リハビリ室	1室	訓練用具一式
食堂	1室	テーブル、いす、テレビ、ソファー他
医務室・看護師室	1室	
静養室	1室	ベット
浴室	1室	特殊浴槽、大浴槽
洗面所	2カ所	車いすでの使用可能
便所	4カ所	洋式トイレ、和式トイレ
相談室	1カ所	

(3) 居室の変更

居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により事業所でその可否を決定いたします。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、ご利用者や必要に応じて身元保証人と協議の上決定します。

(4)

当事業所において、居室その他の施設・設備を利用いただくにあたって以下の点にご留意ください。

① 身元保証人

- ・当事業所をご利用いただく場合には、身元保証人1名を定めます。

日常生活の莊談をはじめ、入院、もしくは退所の場合の身柄の引き取り及び金銭の処理について誠意をもって対応していただきます。真にやむを得ない事情がある場合には、身元引受人を定めないことができるものとします。

② 事故補償

・当事業所の責任によりご利用者に生じた損害については、その損害を賠償いたしません。ただし、施設支援提供上、不可抗力により生じた損害、事故の補償については、ご利用者、事業所双方で協議することとします。

③外出・外泊

・外出、外泊の際には、届けを事前に提出してください。

④居室・設備・器具の使用

・施設内の設備等の使用は、本来の用途に従って使用してください。
・故意又は使用用途以外の使用により破損が生じた場合には、賠償していただく事があります。

⑤喫煙・飲酒

・喫煙は所定の場所に限定させていただきます。但し、医師より指示が出ている場合には、制限させていただきます場合があります。

⑥迷惑行為

・けんか、暴行、中傷、口論等他人に対する迷惑行為はしないでください。
・他のご利用者や職員への暴行等、迷惑行為が明確になった場合には、即日退所していただくことがあります。

⑦現金等の管理

・現金などの管理は原則行いません。ただし、委任状をもって事業所に預かる事ができます。詳細は、職員にお尋ねください。

⑧宗教活動・政治活動

・施設内で他の人に対して、宗教活動や政治活動を強要したり、営利活動をする事は、堅くご遠慮ください。

⑨動物の飼育

・事業所内へのペットの持ち込み及び飼育は、ご遠慮ください。

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
施設長（管理者）	1	1				0.5	
サービス管理責任者	1	1				1.0	
医 師	1				1	0.1	
看護師	3	3				4.0	
理学療法士	2		2			1.6	
生活支援員	35	35				34.0	
栄養士	1	1				1.0	
調理員	6	6				5.0	
事務員	2	2				2.0	
施設営繕	1	1				1.0	
その他の職員	2			2		2.0	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉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・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所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。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
医 師	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
看護師	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
理学療法士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
調理員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
事務職員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
施設営繕	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
その他の職員	

(イ) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 生活支援員	超早番： 3名 早 番： 2名 日 勤： 3名（日により変動します） 遅 番： 3名 超遅番： 2名 夜 勤： 3名
2. 看護師	日 中： 8：30～17：15
3. 理学療法士	日 中： 8：30～17：15
4. 医 師	毎週月・金曜日 15：00～17：00
5. 栄養士	日 中： 8：30～17：15
6. 事務職員	日 中： 8：30～17：15

6. サービス提供の内容

当事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供いたします。

- | |
|--|
| (1) 介護給付費対象サービス
(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) 介護給付費対象サービス内容

以下のサービスについては、市町村より介護給付費が支給されます。事業所が介護給付費を法定代理受領をした場合、ご利用者は市町村が定める本人負担額及び食事費用、光熱水費をお支払いいただきます。

なお、法定代理受領を行わない場合については、一旦全額を事業者にお支払いください。

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
排 泄	適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
介 護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ・入浴 週3回（但し、必要に応じて適切に対応します。） （行事等で変更になる場合もあります）
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。

生産活動	<p>軽作業等の生産活動の機会を提供します。</p> <p><工賃の支払></p> <p>上記生産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を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。</p>
------	---

(2) 給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
創作的活動・及びクラブ活動等	創作的活動及びクラブ活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	<p>利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。</p> <p>①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費</p>	実費
生産活動等	生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。	実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費
預かり金	通帳管理、小遣い等を管理します。	
健康診断	嘱託医等と相談し、必要な検診を実施します。	実費
遠方の通院に係る実費負担	<p>車両燃料費の実費負担費</p> <p>高速料金の実費負担</p>	実費
通所・短期に係る実費負担	<p>車両燃料費の実費負担費</p> <p>高速料金の実費負担</p>	実費
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代 	<p>10円</p> <p>500円</p>

<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。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・訓練等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、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容（2）介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の1日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の1日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額） 1日あたり	1,430円（入所・短期） 590円（通所）
------------------------	---------------------------

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(ア) 当事業所窓口での現金支払い

(イ) 下記指定口座への振込み →後日、ご案内いたします。

(ウ) 金融機関口座からの口座振替 →後日、ご案内いたします。

8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前 9:00～17:00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに別紙連絡先の医療機関への連絡等を行います。

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 菅 裕樹 ・ご利用時間 9:00～17:00 ・電話番号 0183-52-4313 F A X 0183-52-4314 ・担当者が不在の場合は、事業所事務所まで お申し出ください。
第三者委員	<ul style="list-style-type: none"> ・柿崎 清 ・高階 順子 ・根岸 ゆり子
湯沢市福祉事務所	0183-73-2111 (内線517)
秋田県運営適正化委員会	018-864-2726

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 菅 裕樹 ・ご利用時間 9:00～17:00 ・電話番号 0183-52-4313 F A X 0183-52-4314
------------------	--

11. 嘱託医・協力医療機関

(1) 嘱託医

医療機関の名称	菅 医院
嘱託医	菅 康徳
診療科	内科・脳外科 診察日 毎週月・金曜日

(協力病院)

医療機関の名称	秋田厚生連 雄勝中央病院
診療科	内科・神経内科・呼吸器科・消化器科・循環器科・小児科・外科・整形外科・脳神経外科・心臓血管外科・皮膚科・泌尿器科・産婦人科・眼科・耳鼻咽喉科・リハビリテーション科麻酔科・歯科口腔外科 (入院設備あり)

12. 食費等の料金について

○ 生活介護

項目	食費	食材料費	備考
昼食	590円	330円	*食事提供加算対象者は、食材料費のみの負担となります。

○ 施設入所支援

項目	金額	備考
食費	1,430円 (1日)	*1日単位で請求いたします。補足給付対象者の方は、減免されます。
光熱水費	328円 (1日)	*1日単位で請求いたします。補足給付対象者の方は、減免されます。

項目	食費	食材料費	備考
朝食	362円	200円	*一食単位で算定します。 受給者証に食事提供加算の支給決定をされている方は、食材料費を負担していただきます。
昼食	590円	330円	
夕食	478円	280円	
計	1,430円	810円	
光熱水費	328円		*1日単位で請求いたします。

平成 年 月 日

指定障害者支援施設 愛光園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 : 社会福祉法人 雄勝なごみ会
障がい者支援施設 愛光園

説明者職名 : 印

-

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者支援施設 愛光園の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所 :

氏 名 : 印

身元保証人住所 :

身元保証人氏名 : 印

身元保証人続柄 :