

「障害者支援施設(生活介護・施設入所支援)サービス利用契約」重要事項説明書

※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、社会福祉法第 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、契約上ご注意くださいことを説明するものです。

当事業所では、利用者に対して生活介護・施設入所(以下施設障害者福祉サービス)を提供します。当事業所サービスの利用は、原則として介護給付等の障害者関連法令における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	P2
2 ご利用の事業所	P2
3 居室の概要	P3
4 職員の配置状況	P4
5 事業所が提供するサービスと利用料金	P5
利用料金のお支払について	P6
6 苦情の受付について	P7
7 虐待防止について	P7
8 事故と損害賠償	P8

1 サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 香南会
所在地	高知県香南市赤岡町1160番地1
電話番号	0887-55-2888
代表者氏名	理事長 橋本 信一
設立年月日	平成3年3月29日

2 ご利用の事業所

事業所の種類	障害者支援施設【高知県指定番号:3911050098】	
事業所の名称	のぞみの家	
	生活介護事業	施設入所支援事業
事業所の所在地	高知県香南市吉川町古川 340番地2	高知県香南市吉川町古川 340番地2
電話番号	0887-57-3101	0887-57-3101
管理者(施設長)	太場岡 英利	太場岡 英利
事業所の運営方針	1 施設障害者福祉サービスを提供するにあたり、ご利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情をふまえた個別支援計画を作成し、利用者の自立と社会経済活動への参加の促進、及び治療・健康管理を適切に行なうことにより、ご利用者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営めることができるよう支援します。 2 施設障害者福祉サービスの提供にあたってご利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供ができるよう支援します。 3 明るく家庭的な雰囲気を保ち、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の障害福祉サービス事業所、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 4 施設障害者福祉サービスの事業の人員、設備運営に関する基準等は、障害者関係法令等を遵守し事業を実施します。	
開設年月	平成14年2月1日	平成14年2月1日
利用定員	60名	60名

3 居室の概要

(1)居室の概要

居室・設備の種類	室 数	備考
個室(1人部屋)	2室	2階:呼吸器・吸引器使用可
2人部屋	21室	2階9室(呼吸器・吸引器使用可)3階12室
4人部屋	4室	2階:呼吸器・吸引器使用可(3室)3階1室
合 計	27室	

※個室・2人部屋等の使用料金は、発生しません。

(2)居室以外の施設設備の概要

当事業所では、居室以外に下記の施設・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、障害者支援施設(生活介護・施設入所支援)に設置が義務づけられている施設・設備を共有していただきます。

施設設備の種類	室 数	備考
食堂	1室	ご利用者の食事提供に支障がない広さを設けています。
医務室	1室	
静養室	1室	
浴室	1室	一般浴・特殊浴槽
洗面所	4室	障害特性に応じて設置しています。
便所	9室	各階に洋式トイレを設置しています。
相談室	1室	
理髪室	1室	

(3)居室の選考及び、変更

入所時の居室の決定については、ご利用者の身体状況等をふまえ協議し決定します。また、入所後にご利用者から居室変更の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設で、その可否を決定します。新規入所の受け入れやご利用者からの変更の申し出の際には、ご利用者には施設側から居室変更をお願いする場合がありますので、ご理解・ご協力をお願いします。なお、居室変更をおこなう際には、ご利用者、ご家族への説明、承諾を得て対応します。

(4)施設・設備についてご利用上の注意事項

当施設において、居室やその他の施設・設備をご利用いただくにあたって、以下の点にご注意ください。

- ① 事業所内の居室や設備、器具、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ② 故意、又は不注意により、施設の設備を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者又は保証人の自己負担により現状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動・政治活動・営利活動を行うことはできません。
- ④ 事業所の敷地内は全面禁煙とします。また、飲酒については所定の場所で行ってください。飲酒量については、嘱託医師の指示に従っていただきます。

- ⑤ 来訪者及び面会の方は面会時間を厳守し、事務所窓口にて面会受付票に必要事項の記入及び防犯のため面会カードの携帯にご協力をお願いいたします。

※面会時間は、お食事時間外及び、夜間は、概ね 21 時(消灯時間)までとなっております。また、事業所が、感染症対策が必要と判断した時期には、面会の制限をさせていただくこともありますので、ご理解・ご協力をお願いいたします。

- ⑥ 外出・外泊をされる際には、1週間前までに、日時と行先を最寄りの職員に申し出てください。また、変更の際には、速やかに職員に申し出を宜しくをお願いいたします。

4 職員の配置状況

(1)職員の配置数

職 種	常 勤	非 常 勤
1 施設長(管理者)	1名	
2 サービス管理責任者	1名	
3 医師(非常勤)		1名
4 生活支援員	21名以上	
5 看護師	1名以上	
6 理学療法士又は作業療法士等	1名以上	
7 栄養士又は管理栄養士	1名	
8 宿直者		2名以上

※上記の職員数は指定基準上の最低人員として記載しています。

※環境整備業(掃除・洗濯)、給食業務については、外部に委託しています。

(2)主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	
施設長	8:30~17:30	
サービス管理責任者	8:30~17:30	1名以上
生活支援員	早出: 6:30~15:30	3名以上
	日中: 9:00~18:00	5名以上
	遅出: 10:00~19:00	2名以上
	夜間: 16:00~10:00	3名
看護師・看護職員	日中: 8:30~17:30	2名以上
	夜間: 16:00~10:00	1名
機能訓練士	8:30~17:30	
栄養士	8:30~17:30	
医師	週1日:15:30~17:30ただし、第1週目金曜は除きます。	

※なお、行事など状況により、上記と異なる場合があります。

5 事業所が提供するサービスと利用料金(資料/別紙1)

(1)介護給付費の対象となるサービス

以下のサービスについては、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する場合には、ご利用者は、ご利用者本人又は扶養義務者の負担能力に応じて市町村が定めた額を事業所にお支払いいただきます。

なお、介護給付費対象サービスの場合でも、法定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、一旦、全額を事業所にお支払いただきます。

① 日中活動及び日常生活の支援

イ 入浴

入浴・清拭は、週2回行います。ご利用者の身体の状態と希望等を伺ったうえ、できる限り自立して清潔保持が可能となるよう対応し、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。

ロ 排泄

ご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。

ハ 着脱衣

ニ 整容

ホ シーツ交換（週1回以上行います。）

② 医療及び健康管理

イ 医療

嘱託医師による診察・治療

氏 名 橋本 信一

診療科目 神経内科

診 察 日 金（15:30～17:30）

ただし、第1週目金曜は除きます。

※なお、ご利用者が、専門医師の診断・治療を要することになった場合には、嘱託医の指示のもと、下記の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。

（歯科） 今井歯科

（総合） 愛宕病院

ロ 服薬 赤岡医院から処方されます。

ハ 通院と治療 嘱託医の指示のもと、対応します。

③ 社会的活動の支援

イ 日常生活指導

地域において自立した社会生活を送るための機能維持等を目指した指導

ロ 余暇活動

ハ その他の社会活動

④ 相談援助

(2) 介護給付費の対象外のサービス

下記のサービスについては、介護給付費の対象とならないため、所定の料金をお支払いただきます。

① 食事の提供

栄養士の作成する献立表により、栄養・ご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。昼・夕は選択食です。

食事時間 朝食（7:20～8:30）昼食（11:40～12:40）夕食（17:30～18:30）

※なお、ご利用者の身体状況によって上記の時間と異なる場合があります。

② 理容・美容サービス

月に3回、理容師・美容師の出張による理容・美容サービスを実費でご利用いただけます。

- ③ 日中活動(レクリエーション・行事等)
 ご利用者・ご家族の希望により日中活動に参加していただくことができます。
 ※内容によっては個人負担(実費相当分)が発生する場合があります。
- イ 創作活動
 ロ 生活活動
- ④ コピー代
- ⑤ 日常生活上必要となる諸費用実費
- イ 日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者にご負担いただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。
 ※タンス、テレビ等を持参される場合は、大きさに制限がありますので、ご注意ください。
- ロ 健康管理費: インフルエンザ等の予防接種にかかる実費等
- ハ 衣類洗濯代: 通常の衣類等の洗濯代は、発生しませんが、特別な衣類の洗濯をご利用者・ご家族が希望された場合は、洗濯代(クリーニング代)として個人負担となります。
- ⑥ メールアドレス代: 希望される方は月額250円が個人負担になります。
- ⑦ 電気代: 全利用者の方がご負担される水光熱費以外に、以下の電気器具を使用希望の際には別途電気代が発生します。「電気製品使用願い」(資料/別紙: 2、もしくは、別紙: 2-1)を提出いただいたうえ、規定の電気代/日×日数 の料金が個人負担になります。
 なお、施設側が医療的に必要と判断した場合は、この限りではありません。
- イ 電気毛布
 ロ 電気アンカ
 ハ 扇風機
 ニ 冷蔵庫
 ホ 加湿器 ※レンタル対応があります。(別紙: 2-1)
 ヘ その他施設が個人負担と判断したもの。
- ⑧ その他、個人負担が適当と認められるもの

(3) 利用料金のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、下記のいずれかの方法でお支払いください。翌月25日(土日、祝祭日の場合は、翌営業日)に指定金融機関口座(高知銀行)からの自動引き落としとさせていただきます。なお、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

① 口座引き落とし	翌月25日(土日、祝祭日の場合は、翌営業日)に指定金融機関口座(高知銀行)から引き落としさせていただきます。
② 銀行振込	高知銀行 赤岡支店 普通 口座番号: 0295078 口座名義: 社会福祉法人 香南会 障害者支援施設 のぞみの家 施設長 太場岡 英利

※諸般の事情により、上記での支払いが困難な場合は、窓口での現金払いも可能です。但し、現金払いにつきましては、複数の職員の立会いが必要となりますので、その都度、事前にご連絡ください。

※退所時に指定金融機関(高知銀行)口座引き落としができない方は、銀行振込または窓口での清算とさせていただきます。

6 苦情の受付について

(1)当施設における苦情の受付

苦情受付窓口(担当者)	志和 麻美	職名	サービス管理責任者
苦情解決責任者	太場岡 英利	職名	施設長
受付時間	毎週月曜日～金曜日(祝祭日は除く) 9:00～17:00		

苦情受付ボックスを施設内3カ所に設置しています。設置場所は、以下のとおりです。

①1階事務所前 ②2階エレベーター前 ③3階食堂ホール

(2)サービス運営委員(第三者委員)

今井 一雄	今井歯科医院 院長 電話番号：0887-55-1588
近森 弥生	司法書士近森事務所 司法書士 電話番号：0887-55-2052
甲藤 喜美子	香南市 行政相談委員 電話番号：0887-54-5006

(3)行政機関その他苦情受付機関

高知県 子ども・福祉政策部 障害福祉課	所在地:高知県高知市丸の内 1-2-20 電話番号:088-823-9634 FAX:088-823-9260 受付時間:8:30～17:00
高知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地:高知県高知市朝倉戊 375-1 電話番号:088-844-4837 (土日祝祭日年末年始を除く) FAX :088-828-4511 (24 時間) 受付時間:9:00～16:00

7 虐待防止のための措置に関する事項

(1)当施設における受付

受付窓口	志和 麻美	職名	サービス管理責任者
対応責任者	太場岡 英利	職名	施設長
受付時間	毎週月曜日～金曜日(祝祭日は除く) 9:00～17:00		

(2)成年後見制度の利用支援

精神上的障害(知的障害・精神障害・認知症など)により判断能力が十分でないご利用者へ、自己決定の尊重、残存能力の活用を趣旨として必要に応じ、成年後見制度の利用を支援します。

(3)研修の実施

職員に対し、虐待の防止を普及・啓発するために研修の機会を設けます。

8 事故と損害賠償

地震・噴火等の天災、事変、その他の不可抗力及び火災、盗難、あるいは不慮の事故によって利用者が受けた損害について事業者は一切の賠償責任を負わないものとします。ただし、事業所の故意又は重大な過失によって利用者に損害を与えた場合はこの限りではありません。

9 第三者評価の実施状況

事業所において、第三者評価は受審しておりません。

10 見守りカメラの設置

入所者の安全を守るための防犯対策及びリスクマネジメント態勢を整えることを目的に施設の共有部分の一部に見守りカメラを設置しております。

指定障害者支援施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

社会福祉法人 香南会
障害者支援施設 のぞみの家
説明者

氏 名 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、指定障害者支援施設サービスの提供開始に同意します。

利 用 者 住 所

氏 名 印

身元保証人 住 所

氏 名 印