

障害者支援施設 上北療護園 生活介護センター重要事項説明書

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、利用者に対して指定障害者支援施設サービスを提供します。

当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆ 目次 ◆◇

1. 法人概要	1
2. 利用施設	1
3. サービスの目的・運営方針	1
4. 施設設備の概要	2
5. 事業実施地域	2
6. 営業日とサービス提供時間	2
7. 職員の配置	2
8. 職員の勤務体制	3
9. 当施設が提供するサービス	3～4
10. 利用料金	5
11. サービス利用に関する留意事項	6
12. 利用者の記録や情報の管理、開示について	6
13. 損害賠償保険への加入について	6
14. 苦情・虐待通報・相談の受付について	6～7
15. 緊急時の対応	7
16. 非常災害時の対策	7
17. その他留意事項	8
18. 個人情報利用同意書	9

社会福祉法人 新生会

(障害者支援施設 上北療護園 生活介護センター)

当施設は青森県の指定を受けています。

(第 0211100052 号)

1. 法人概要

名 称	社会福祉法人 新生会
所 在 地	青森県上北郡東北町大字大浦字境ノ沢6-1
電 話 番 号	0176-56-5415
代 表 者 氏 名	理事長 森川 盛人
設 立 年 月 日	昭和59年1月27日

2. 利用施設

事業所の種類	障害者支援施設（生活介護・施設入所支援・短期入所） 平成21年3月1日指定 第0211100052号
事業所の名称	障害者支援施設 上北療護園 生活介護センター （生活介護：サービス単位2）
事業所の所在地	青森県上北郡東北町大字大浦字境ノ沢2-1
電 話 番 号	0176-56-5421（直通）
管 理 者	角浜 あゆみ
サービス管理責任者	和田 ユリ子
開 設 年 月 日	平成10年10月1日 （旧身体障害者デイサービスセンターとして）
利 用 定 員	20名 / 1日

3. 経営理念・運営方針・サービスの目的

経営理念	障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という）に基づき、生活介護事業及び施設入居支援事業の適正な障害福祉サービスを提供します。利用者一人一人の立場を尊重し、事業所と利用者が対等な立場に立ったサービス利用システムの確立を図りながら、地域社会との交流及び活動への参加を積極的に進め、利用者が健康で自律的生活の出来る利用者本位の事業展開を目指します。
施設の運営方針について	障害福祉サービスの利用者の傾向は、高齢化・重度化・重症化の傾向にある現状において、医療ニーズや介護ニーズに対応できる多面的・総合的な生活支援が求められています。 そういった状況に対応できる設備の改善・充実を図るとともに、「最重度障害者の生活の場」としての役割を認識し、利用者が求めているその人らしい生活の支援に努めます。 また、障害福祉の地域の拠点として、在宅障害者に対し必要なサービス提供等を行い、地域社会に対するより一層の貢献を図ります。
施設の目的	在宅障害者の生活介護利用対象者に対し、日中活動支援として食事・入浴・排泄の介護等を提供することを目的とし、障害施設において、通所により必要な介護・支援をいたします。

4. 施設設備の概要

当事業所の施設設備の概要は、以下の通りです。

デイルーム	111.60㎡
機能訓練室	90.23㎡
相談室	12.90㎡
浴室及び脱衣室	41.80㎡

5. 事業実施地域

東北町、七戸町、三沢市（送迎あり）
上記の地域外であっても、事業所の送迎サービスではなく、家族による送迎等で利用できる場合は、利用者の居住する市町村と相談し対応するものとします。

6. 営業日とサービス提供時間

営業日	月～土曜日（祝祭日・年末年始は除く）
サービス提供時間	9:00～15:30

7. 職員の配置（障害者総合支援法の人員基準に基づき配置しています。）

職種	常勤換算	常勤	非常勤	指定基準
1・施設長	1	1		1
2・次長	1	1		
3・総務課長	1	1		
4・事務員	2	2		
5・用務員	1	1		
6・栄養士	1	1		1
7・調理員	5	5		
8・管理者（地域支援課長）	0.4	1		1
9・サービス管理責任者	1	1		1
10・支援員	5	5		3.3
11・看護師	0.1	5		
12・理学療法士（嘱）	0.1		1	
13・医師（嘱）	0.1		1	

8. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制				
1. サービス管理 責任者	平常勤務	7:50	～	17:00	1人
	早番勤務	7:50	～	12:00	1人
2. 支援員	標準的な時間帯における最低配置人員				
	平常勤務	7:50	～	17:00	3人
	早番勤務	7:50	～	12:00	2人
3. 栄養士	平常勤務	8:40	～	17:00	1人
	半日勤務	8:40	～	12:00	1人
4. 調理員	平常勤務	9:30	～	12:30	1～2人
	早番勤務	5:30	～	13:30	1人
	遅番勤務	9:30	～	19:00	2人
5. 看護師	早番勤務	6:45	～	16:45	1人
	遅番勤務	9:00	～	16:30	2人
	遅番勤務	9:00	～	18:30	1人
6. 理学療法士（嘱）	週1回				1人
7. 医師（嘱）	月2回				1人

9. 当施設が提供するサービス（契約書第4条参照）

当施設の生活介護サービスは障害者総合支援法令に基づき提供します。

（1）サービスの概要

生活介護（日中活動） サービス提供時間：9:00～15:30

* 受給者証に記載されている支給量以内でサービス提供をします。

* 上記のサービスをもとに利用料金の請求が発生します。

詳細については、サービス利用料金説明項目でご確認下さい。

* 利用者の状況や要望に沿い、個別支援計画を策定し、それに基づきサービスを提供致します。内容を確認いただき、署名捺印が必要となります。なお「個別支援計画」の写しは利用者または家族に交付致します。

（2）サービスの内容

サービスの種類	内 容
相談及び内容	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・地域支援課長、サービス管理責任者等が各種相談・助言に応じます。

サービスの種類	内 容
介 護	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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・排泄等の生活全般にわたる援助を行い、自立支援・日常生活の充実のための介護等を提供します。 ①入 浴～利用者の身体状況と希望等を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるよう支援します。入浴が困難な場合は、清拭を行うなど適切な支援をします。 ②排 泄～適切な排泄援助を行うと共に、自立排泄を目指した適切な支援を行います。 ③着脱衣～必要に応じて介助、確認します。 ④整 容～食後の歯磨き援助、介助・確認等、個性を尊重した適切な整容を援助します。
食事の提供	<ul style="list-style-type: none"> ・ 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提供します。（昼食・12:00～13:00）
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設の利用時間内についての利用者の健康状況に注意し、健康保持のため適切な支援を行います。 ・ 当施設の利用時間内についての利用者の服薬について、家族等からの依頼に応じ、服薬管理等必要な支援を行います。 ・ 利用者の体調・病状の急変等の緊急時は、速やかに医療機関へ搬送する措置を講じます。また、家族・関係機関へも速やかに連絡等を行います。 ・ 必要に応じ、下記の協力医療機関の協力を得られます。 ◎協力医療機関（嘱託医） 小川原湖クリニック 医師氏名 工藤 恭司 診療科 内科 ※当園では、A E D（自動体外除細動器）を設置しております。
訓 練	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るために必要な機能の維持、減退の防止のための訓練を実施します。 （毎日実施・13:30～15:00） ・ 理学療法士 週1回（曜日を変えて来園）
創作的活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 創作的活動の機会を提供します。 ①生け花クラブ～火曜日（月3回） 14:00～14:30 ①書 道クラブ～土曜日（月3回） 14:00～14:30 ※施設行事や講師の都合で、中止となる場合もあります。
送 迎	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の希望により、事業所利用のための安全な送迎サービスを行います。時間帯等は別途ご連絡します。また、事業所と最寄り駅や集合場所等までの送迎も対応します。但し、送迎車への乗降時、移動している送迎中以外の利用者の個人的な移動、乗車前、下車後の事故等に関して事業所は責任を負いません。

10. 利用料金

(1) サービス利用料金

別紙（サービス利用説明書）の記載内容とおり、国の定める報酬単価と各種加算に設定されている金額に対して、給付額を除いた金額（利用者負担額）と食費等の合計金額をお支払いいただきます。

★個別減免・補足給付費等の負担軽減措置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、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）記載の所定料金をお支払い頂きます。

なお、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と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。

- ① 食費等 1日あたり 550円（詳細については、別紙「サービス利用説明書」に記載）
利用者に提供する食事の材料及び調理等にかかる費用です。
※低所得（生活保護、低所得1、低所得2）の場合は、1日につき300円の加算給付があります。
- ② 経管栄養管理手数料 1日あたり 274円
経管栄養を必要とする場合の経管栄養に係る看護師の管理手数料です。
- ③ その他費用 当施設をお過ごしいただくうえでご利用者等に負担いただくことが適当であるものにかかる必要な費用を負担いただきます。（希望を募って行う「創作活動」「レクリエーション活動」にかかる材料費などの実費など）

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）、（2）の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月10日までにお支払い下さい。

(4) 利用の中止、変更、追加

① 利用予定日の前に、個別支援計画で定めたサービスの利用を中止又は変更をすることができます。この場合には、実施日の前日までに申し出て下さい。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。

但し、利用者の体調不調等やむを得ない場合、取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合 (1ヶ月 4回まで)	欠席時対応加算 1日あたり 94円

③ 市町村が決定した「支給量」及びサービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

④ サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により利用者が希望する日及び時間にサービスを提供できないことがあります。その場合には、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(5) 実費負担額の変更

実費負担額の変更をする場合は、原則として2ヶ月前までにご説明します。

11. サービス利用に関する留意事項

(1) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービス内容に応じたサービス料金を請求します。

(2) 受給者証の確認

「住所」及び「支給量」「障害程度区分」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合にはできるだけ速やかに当施設従事者にお知らせ下さい。また、当施設従業者より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

(3) 介護職員等による喀痰吸引等の実施について

当事業所では社会福祉士及び介護福祉士法に基づき、利用者様の同意の上、利用者様に対するケアの一部の行為を医師、看護職員の指示の下、看護職員と介護職員等が連携して実施する方針としております。(実施については別途、説明します。)

12. 利用者の記録や情報の管理、開示について

★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、利用者の負担となる場合があります。) ※閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前9:00～午後17:00

★利用者又はその家族の個人情報の利用については、適切な説明をし同意を得るものとします。(P9、個人情報利用同意書にて詳細を説明いたします。)

13. 損害賠償保険への加入について

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社	社会福祉法人全国社会福祉協議会(株式会社損害保険ジャパン)
保険者	社会福祉施設総合損害補償「しせつの損害賠償」
補償の概要	施設内外での事故等

14. 苦情受付・虐待通報・相談について

当施設における苦情、虐待通報・相談の受付

当施設における苦情や虐待通報・ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○受付窓口 (担当者) [地域支援課長] 角浜 あゆみ

受付は「地域支援課長」を主としますが、施設長、サービス管理責任者等その他の職員でも随時申し受けます。

○受付期間 随時

○政機関その他苦情受付機関

氏名	電話番号	住所
森川 隆治	56-4794	東北町大浦字境ノ沢 17-1
蛸名 勉	56-3737	東北町旭北 3 丁目 31-624
相馬 明	56-4790	東北町上北南 4 丁目 32-531
各市町村 担当課	居住地の各市町村役場、福祉事務所等の担当課においても、相談ができます。	
青森県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 〒030-0822 青森市中央 3 丁目 20-30 (県民プラザ 2 階) 電話番号 017-731-3039 (代表) F A X 017-731-3098 メールアドレス uneitekiseika@aosyakyo.or.jp	

15. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関、関係機関、家族への連絡を行うなどの必要な措置を講じます。

16. 非常災害時の対策

非常災害時には、別途定める「消防計画書」に従い対応致します。

消防設備	火災通報装置、火災報知受信機、火災報知機、煙感知器、温熱感知器、屋内消火栓、消火器、誘導灯、非常電源設備等
避難訓練	別途に定める「消防計画書」に則り、上北消防署、中部上北広域事業組合消防本部の協力のもと、年 2 回の避難訓練・防災訓練を利用者参加にて実施致します。

17. その他留意事項

当施設のご利用の際には、下記の事項にご留意いただけるようお願い致します。

一般的なマナー	<ul style="list-style-type: none">・当施設では、通所により20名位の利用者が1日を過ごされます。一般的なマナーを守り、他の利用者の方の迷惑となる行為等のないようお願い致します。・喫煙については、所定の場所をお願い致します。
施設・設備の取り扱い	<ul style="list-style-type: none">・施設内の設備・器具は、用法に従い丁寧に取り扱いいただくようお願い致します。・利用者の故意又は重大な過失により、施設・設備・器具等を破損した場合は、弁償をお願いする場合があります。・故意な施設備品の持出しをしないようお願い致します。
貴重品の管理	<ul style="list-style-type: none">・貴重品は、なるべく施設内に持込まないようお願い致します。・ご本人で管理されている所持品（貴重品を含む）を紛失した場合には、一切責任は負いません。
宗教活動 政治活動 営利活動	<ul style="list-style-type: none">・他の利用者に対する、宗教活動、政治活動、営利活動は、ご遠慮いただきます。

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報の利用については、下記の場合に必要な最小限の範囲で使用することに同意します。

記

1. 使用目的

- (1) サービスの提供を受けるにあたって、適切な個別支援計画を作成するために、ケア会議等において、私の状態、私の家族の状況を把握する為に必要な場合。
- (2) 現にサービスの提供を受けている場合で、私が体調を崩し又はケガ等で病院へ行ったとき、医師又は看護師に説明する場合。
- (3) 他の福祉サービス事業者からサービスの提供を受けるにあたって、連携のために必要な場合。(必要不可欠な情報の提供)

2. 個人情報を利用する事業所

- (1) 上北療護園
- (2) 上北療護園 生活介護センター
- (3) 上北療護園 障害者相談支援センター
- (4) 医療機関（体調不良又はケガ等で病院へ行ったとき）
- (5) 行政機関等
- (6) 情報の提供を許可する他の福祉サービス事業所名：

3. 個人情報を使用する期間

福祉サービスを受けている期間

4. 使用する条件（サービス提供事業者の責務）

- (1) 個人情報の利用については、必要最小限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供にあたっては、関係者以外に漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等、その経緯を記録すること。

以上

平成 年 月 日

社会福祉法人 新生会 理事長 殿

利用者氏名

㊟

代筆者氏名

㊟

(続柄)

平成 年 月 日

障害者支援施設上北療護園生活介護センターのサービス提供の開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 上北療護園生活介護センター

説明者職名 サービス管理責任者

説明者氏名 和田 ユリ子 ㊞

私は、本書面に基づいて事業者の職員から重要事項の説明を受け、障害者支援施設
上北療護園生活介護センターのサービス提供の開始に同意しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ ㊞

代筆者氏名 _____ ㊞

(利用者との続柄 _____)

※この重要事項説明書は社会福祉法第76条及び第77条に基づく、厚生労働省令第171,172号(平成18年9月29日)の規定により、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。