

指定障害者支援施設 光が丘ワークセンター

【 施設入所支援 】

重要事項説明書

当事業所では、利用者に対して施設入所支援ならびに指定障害福祉サービス（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、社会福祉法第76条及び第77条並びに「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（障害者総合支援法）」（平成17年法律第123号、以下「法」という）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	2
2. 利用事業所	2
3. サービスに係る設備等の概要	2
4. 職員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、各種加算利用者負担、負担軽減 ..	6
6. 利用者が入院された場合の対応について	1 3
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	1 4
8. 個人情報の保護について	1 5
9. 虐待防止・身体拘束等適正化について	1 5
10. 苦情の受付について	1 5
11. 緊急時の対応方法	1 6
12. 非常災害対策	1 6

社会福祉法人 光道園

(光が丘ワークセンター)

当事業所は福井県の指定を受けています。

(福井県指定 第1811300068号)

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 光道園
所在地	福井県鯖江市和田町9字1の1
電話番号	0778-62-1234
代表者氏名	理事長 荒木 博文
法人の設立年月	昭和32年9月24日

2. 利用事業所

事業所の種類	平成21年4月1日指定 福井県 第1811300068号	
事業所の名称と種類	障害者支援施設 光が丘ワークセンター	
	施設入所支援	生活介護事業
主たる対象者	身体障害・知的障害・精神障害	身体障害・知的障害・精神障害
事業所の所在地と 連絡先	光が丘ワークセンター	
	福井県丹生郡越前町朝日 3-13-1	
	電話 0778-34-2121	FAX 0778-34-8005
管理者（施設長）	山田 勝久	
サービス管理責任者	津田 弥生	
事業所の運営方針	豊かな生きがいのある暮らしを目指します。	
事業所の開設年月日	平成 21年 4月 1日	平成 21年 4月 1日
定 員	50名	50名
福祉サービス	受審	
第三者評価事業	令和6年6月11日(評価結果確定日)	

＊夜間のご利用（施設入所支援）と、日中のご利用（生活介護事業）は、一体的な組み合わせとして（セットで）提供されるものではありません。利用者が、市町村に相談をし、夜間と日中のサービスをそれぞれ別の事業所にて利用されることも可能です。

3. サービスに係る設備等の概要

（1）居室の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
1人部屋（14.24㎡）	45部屋	冷暖房・トイレ・洗面・ベッド・ナースコール
1人部屋（15.35㎡）	4部屋	冷暖房・トイレ・洗面・ベッド・ナースコール
1人部屋（14.46㎡）	1部屋	冷暖房・トイレ・洗面・ベッド・ナースコール
1人部屋（13.90㎡）	1部屋	冷暖房・トイレ・洗面・ベッド・ナースコール
合計	51室	

＊新規に入所される場合は、原則空いている居室にお入りいただきます。

＊心身の状況等により配慮（1階、2階等）の必要な場合はご相談ください。

＊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。

(2) 居室以外の施設設備の概要

施設設備の種類	数量	備 考
食 堂	1 室	
作業場	1 ヶ所	委託作業場
医務室・静養室	1 室	
浴 室	2 ヶ所	一般浴室 男女別
トイレ	6 ヶ所	男女別・身障用トイレ2 ヶ所
相談室	1 室	
洗濯室	3 室	
多目的室	2 室	
喫煙室	1 室	
エレベーター	1 基	
消火その他災害対応	ス プ リ ン ク ラ ー 設 備・自動火災報 知設備・誘導灯	

*当事業所では、居室以外に上記の施設・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、施設入所支援ならびに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づけられている施設・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。

(3) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により事業者がその可否を決定します。また、利用者の心身の状況等により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議の上決定するものとします。

(5) 施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、居室その他の施設・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面会 …………… 面会は自由です。ただし、受付に連絡してください。
- ②外出・外泊 …………… ご家族等との外出や外泊はいずれも原則自由ですが、事前に出来ましたら帰園時間をお知らせください。利用者単独外出をご希望の場合は、ご家族のご承認が必要です。
- ③飲酒 …………… マナーを守り、他の利用者にご迷惑をかけない程度にお願いします。
- ④喫煙 …………… 喫煙室でお願いします。喫煙室以外は、居室を含め全館禁煙です。
- ⑤設備・器具等の利用 …… 職員にお申出ください。
- ⑥宗教活動等 …………… 利用者の思想・信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動

等は禁止します。

- ⑦貴重品の管理 …………… 利用者の責任において管理していただきます。
自己管理が難しい利用者につきましては、預り金管理サービスをご利用いただけます。
- ⑧居室等の利用 …………… 施設内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は、賠償していただく場合があります。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
- ⑨施設外の受診 …………… 嘱託医による受診を原則とします。その他、特別に必要な場合はご相談ください。
- ⑩入院 …………… 医師の判断により入院が必要な場合は、嘱託医または、協力病院に入院していただきます。
- ⑪所持品の持込 …………… 居室のスペースに合わせてください。
- ⑫自治会の加入 …………… 当事業所の利用者は、自治会「若葉会」に加入していただきます。
別途、会費が必要です。
- ⑬ペット …………… 施設内でペットの持込は出来ません。

4. 職員の配置状況

職員の配置については、厚生労働省の定める配置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ものとして、下記の職種の職員を配置しています。

【主な職員の配置状況】

〔施設入所支援＋生活介護事業〕

職 種	常勤換算（※）	常 勤	非常勤
管理者（施設長）	0.1 名	1 名	
サービス管理責任者	1.0 名	1 名	
生活支援員	15.4 名	13 名	2 名
看護職員	1.4 名	1 名	1 名
理学療法士等	0.20 名	1 名	
歯科衛生士	0.10 名	1 名	
管理栄養士	1.0 名	1 名	
医 師（嘱託医）	0.1 名		1 名

署名

※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（週 40 時間）で除した数です。

たとえば、1 日 4 時間、週 5 日勤務の職員（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。

【その他、専門的な支援等に係る職員の配置状況】

職 種	
1. 職業指導員、生活支援員、就労支援員等の直接サービス提供に関わる職員 (職業指導員、生活支援員、就労支援員、看護職員、理学療法士、作業療法士等)	当事業所では「生活支援員」等として常勤で配置している職員のうち、14人が社会福祉士、介護福祉士であり、専門的なサービス提供に努めております。
2. 理学療法士、歯科衛生士、医師（個別的な機能訓練を実施する医師）	当事業所では、理学療法士等により利用者ごとの希望や必要に応じて作成する計画に基づいた個別的なリハビリテーションを提供しております。

《その他、専門的な支援等に係る職員の配置状況》

職 種	
管理栄養士	(1) 当事業所では、利用者の日常生活状況や嗜好等を伺い、常勤の管理栄養士による栄養管理等を実施し安心・安全な食事提供に努めています。 (2) 療養食の提供 利用者の状況にあわせ、医師等の指示等に基づき「療養食（糖尿病食や腎臓病食等）」の提供を行うことができます。 (3) 栄養ケア計画に基づく食事の提供 個別の栄養ケア計画に基づく利用者個々の状況に応じた食事について、看護師、その他の職員と連携した提供に努めています。 (4) 経口での食事の摂取の維持等 経管による食事から経口での食事への移行や誤嚥がある場合の経口での食事の継続のためのサービスの提供を行い、利用者の摂食機能障害の改善や摂食機能の維持に努めております。

【主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低配置人員）】

職 種	施設入所支援	生活介護事業
	夜間（１７：１５～９：１５）	日中（９：００～１８：００）
管理者（施設長）		１．０ 名
サービス管理責任者		１．０ 名
生活支援員	１．０ 名	１４．０ 名
看護職員		２ 名
理学療法士		０．２ 名
歯科衛生士		０．１ 名
栄養士		１．０ 名
医 師（嘱託医）	毎週火曜日（１５：００～１５：３０）	

【土・日の勤務体制】

職 種	施設入所支援	施設入所支援
	日中（９：００～１８：００）	夜間（１７：１５～９：１５）
生活支援員	２ 名	１ 名

５．当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減（契約書第４条、第５条参照）

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。

- | |
|---|
| ① 介護給付費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ご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

下記に表示のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち９割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費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、介護給付費が給付されるサービスの場合でも、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、一旦全額を事業者にお支払いただきます。

ただし、１０ページ以降に記載する負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

※償還払いについて

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支払い、後に、支払い額のうち９割が市町村から返還されるものです。

<サービスの概要>

すべてのサービスは、「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、利用者又は御家族等に交付いたします。

＜サービス提供の内容＞

i 「介護」

- ・適切な技術を持って、利用者の心身の状況に応じて自立支援、日常生活の充実のための介護等を実施します。
- ・排泄の自立に必要な援助や、おむつの交換を行います。
- ・離床、着替え、整容その他日常生活上必要な支援を適切に行います。
- ・週3回以上の入浴または清拭を行います。

＊利用者の身体の状態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ことを目指し、入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

ii 「食事の提供」

- ・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。食事の提供にあたっては、『4. 職員の配置状況・〈その他、専門的な支援等に係る職員の配置状況〉』に記載のとおり、「療養食の提供」、「栄養ケア計画に基づく食事の提供」、「経口での食事の摂取の維持等」の専門的な支援を行います。

当事業所の食事時間は次のとおりです。

◎朝食 7：30～ ◎昼食 12：00～ ◎夕食 18：00～

iii 「健康管理」

- ・常に利用者の健康状況に注意し、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。

○嘱託医師による診察・治療

氏 名： 藤田周一

診療科： 内科、外科

診察日： 毎週火曜日 15：00～15：30

＊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、下記の協力医療機関において受診・治療を受ける事ができます。

(診察費ならびに送迎にかかる費用を一部負担いただく場合がございます。)

○協力医療機関： 木村病院（内科、外科、整形外科、脳外科、呼吸器科、胃腸科、肛門科、循環器科、放射線科、ストレス科）

○協力歯科医療機関： 福田歯科医院

＊利用者の病状急変時等の緊急時は、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、利用者の希望による個人的な外来受診等については、別途、特定費用としてその金額をいただく場合があります。

iv 「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、常に連携を図ります。

v 「個別的なリハビリテーション」

- ・『4. 職員の配置状況・《その他、専門的な支援等に係る職員の配置状況》』に記載のとおり、〔理学療法士、歯科衛生士、医師〕により利用者ごとの希望や必要に応じて作成する計画に基づいた個別的なリハビリテーションを下記の曜日（時間帯）において提供しております。

実施時間帯は次のとおりです。

なお、利用者ごとの実施時間帯等は個別にご相談いたします。

実施曜日及び時間帯： （原則）火曜日・木曜日 （9：00～16：00）

vi 「土日等の日中支援」

- ・土日等の生活介護等の日中活動が提供されない日等（当事業所の施設入所支援のみ利用される日）の日中においても、個別支援計画に従って適切なサービスを提供します。

vii 「生産活動」

- ・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ふまえた工夫をもって、生産活動の機会を提供します。その内容は以下のとおりです。

①委託作業 ……午前： 10：00～11：00 午後：14：00～15：00

<工賃の支払>

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。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減（契約書第4条、第5条参照）

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。

- ①介護給付費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ご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

下記に表示のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費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、介護給付費が給付されるサービスの場合でも、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、一旦全額を事業者にお支払いただきます。

ただし、10ページ以降に記載する負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

※償還払いについて

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、後に、支払い額のうち9割が市町村から返還されるものです。

<サービスの利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費の給付額（全体の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と食費・光熱水費の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。（別途、個別減免等の負担軽減措置があります。）

（1）基本料金（一日あたり）【施設入所支援＋生活介護事業】（令和6年4月1日～）

障害支援区分	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
施設入所支援基本部分	3,620	3,030	2,400	1,890	1,500
体制	930	930	930	930	930
合計	4,550	3,960	3,330	2,820	2,430

（令和6年5月31日まで 以降は廃止）

福祉・介護職員処遇改善加算	1月につき	基本報酬及び各加算×86／1,000
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	1月につき	基本報酬及び各加算×21／1,000
福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	1月につき	基本報酬及び各加算×28／1,000

（令和6年6月1日より）

福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ	1月につき	基本報酬および各加算×159／1,000
----------------	-------	----------------------

食費にかかわる自己負担	朝食：380円・昼食：610円・夕食：550円（1日1,540円）
光熱水費にかかわる自己負担	286円／日

＊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、光熱水費といたします。

<各種加算利用者負担額>

【施設入所支援】

○体制加算（利用者全員のご負担となります）

■視覚・聴覚言語障害者支援体制加算〔Ⅰ〕	〔	510円／日〕
■栄養マネジメント加算	〔	120円／日〕
■口腔衛生管理体制加算	〔	300円／日〕
□障害者支援施設等感染対策向上加算（Ⅱ）	〔	50円／日〕
□地域移行支援体制加算 障害支援区分5以上	〔	50円／日〕
障害支援区分4以下	〔	40円／日〕

○個別算定加算（利用者個人個人のご負担となります）

□重度障害者支援加算（Ⅱ）

障害支援区分 6 [3, 600円/日]

注 加算の算定を開始した日から起算して180日以内 [5, 000円/日]

□重度障害者支援加算（Ⅲ）

障害支援区分 4・5 [1, 800円/日]

注 加算の算定を開始した日から起算して180日以内 [4, 000円/日]

□入所時特別支援加算（入所日から30日を限度） [300円/日]

□地域移行加算（入所中2回、退所後1回を限度） [5, 000円/回]

□地域生活移行個別支援特別加算

地域生活移行個別支援特別加算（Ⅰ） [120円/日]

地域生活移行個別支援特別加算（Ⅱ） [3, 060円/日]

□地域移行促進加算 [600円/日]

□入院・外泊時加算〔Ⅰ〕8日以内 [3, 200円/日]

〃〔Ⅱ〕8日を超える82日以内 [1, 910円/日]

□入院時支援特別加算（月1回を限度） [別記]

□経口移行加算 [280円/日]

□経口維持加算〔Ⅰ〕 [4, 000円/月]

□経口維持加算〔Ⅱ〕 [1, 000円/月]

□口腔衛生管理体制加算 [900円/月]

□療養食加算 [230円/日]

□通院支援加算（1日2回を限度） [170円/回]

〔サービス利用の取り消し（キャンセル）した場合の食費について〕（契約書第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日前までに申出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

<利用者負担の軽減について>

利用者負担はサービス量と所得に着目した負担の仕組みとされ、その負担は所得等に配慮した負担（応能負担）とされています。

※利用者負担額：法29条3号第2項に規定する政令で定める額（サービス提供に要した費用の1割相当額の方が低い場合は1割相当額）

※法29条第3項第2項：等額支給決定障害者等の家計の負担能力その他の事情を斟酌して政令で定める額

〔利用者負担に関する月額上限〕

○1ヶ月あたりのサービス利用料にかかる「定率負担」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、利用されたサービス量にかかわらず、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況	負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低 所 得	市町村民税非課税世帯（注 1）	
一 般 1	市町村民税課税世帯（所得割 16 万円（注 2）未満） ※入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム 利用者は除く（注 3）	9,300 円
一 般 2	上記以外	37,200 円

（注 1）3人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

（注 2）収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

（注 3）入所施設利用者（20 歳以上）、グループホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

○所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

種 別	世帯の範囲
18 歳以上の障害者 （施設に入所する 18、19 歳を除く）	障害のある方とその配偶者
障害児 （施設に入所する 18、19 歳を含む）	保護者の属する住民基本台帳での世帯

〔高額障害福祉サービス費について〕

障害者の場合は、障害者と配偶者の世帯で、障害福祉サービスの負担額（介護保険も併せて利用している場合は、介護保険の負担額も含む。）の合算額が基準額を超える場合は、高額障害福祉サービス費が支給されます。（償還払いの方法によります）。

〔食費等実費負担の軽減について〕

○施設入所支援における食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置

《施設入所支援を利用する場合》

食費・光熱水費の実費負担をしても、少なくとも手元に 25,000 円（障害基礎年金 1 級受給者や 60～64 歳の方は 28,000 円、65 歳以上の方は 30,000 円、65 歳以上の身体障害者療護施設利用者・障害者支援施設利用者のうち、日中活動事業として生活介護を利用する者は、28,000 円）が残るように補足給付が行われます。就労収入がある場合、24,000 円までは全額、24,000 円を超える場合は超えた額の 30%と 24,000 円を合わせた額が控除されます。つまり、就労収入が 24,000 円までは、食事等の負担は生じないことになります。

《20 歳未満で施設入所支援を利用する場合》

20 歳未満で入所施設を利用する場合、地域で子どもを養育する世帯と同様の負担（その他生活費 25,000 円を含めて低所得世帯、一般世帯（市町村民税所得割 160,000 円未満世帯）で 50,000 円、一般世帯（市町村民税所得割 100,000 円以上世帯）で 79,000 円となるように補足給付が行われます。更に 18 歳未満の場合には、教育費相当分として 9,000 円が加算されます。

〔注：利用者負担を行うことにより、生活保護世帯の対象に該当する場合は、生活保護の対象としない額まで定率負担の月額上限額や食費等実費負担額を引き下げます。〕

（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ならびに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特別なサービスの提供とこれに伴う費用

- ・施設外活動・行事の必要経費の実費
(個人の参加希望による旅行・体験実習・活動等にかかる付添員経費を含む)

②介護給付費等から支給されない日常生活上の諸費用

- ・器具什器費関係（ラジオ、ポット他）
- ・「特定日常生活費」に関する費用
日用品費（個人が所有する洗面用具・用剤、入浴用具・用剤、洗剤、化粧品等）
被服費（個人的使用の衣類・寝具・タオル等）

③その他の日常生活費に関する費用

- ・保健衛生費（インフルエンザ予防接種・個人的衛生用品・外注クリーニング等）
- ・理美容代
- ・施設内における材料代等の実費（クラブ活動・特定の行事）

④「介護給付費等の対象に含まれない費用」に関するもの

- ・個人が要望する事項への対応に関する必要経費（その活動時の使用用品や材料代・送迎代・付添員の実費経費等）
- ・嗜好品・贅沢品代（利用者固有の要望による飲食品・物品等）

⑤預かり金管理

- ・別途金銭出納管理サービス契約（1,500 円／月）を締結して頂き、これに従い管理を行います。

⑥その他

- ・冷蔵庫等使用の場合の追加電気料金
- ・体調管理等のために必要な器具等（特設空調設備等）の設置費用
- ・特別な医療（人工透析等）のための通院又は本人の希望される医療機関へ通院するための交通費
- ・その他利用者固有のものであって自己負担することが適当と認められるもの

（３）利用料金・費用のお支払い方法

前記（１）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２５日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ア．本事業所窓口での現金支払い
- イ．下記指定口座への振り込み

北陸銀行 神明支店 普通預金 4014370
社会福祉法人 光道園 光が丘ワークセンター
ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし
ご利用できる金融機関： 福井銀行または北陸銀行
エ. その他 []

6. 利用者が入院等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た場合、または外泊時の対応は、以下のとおりです。(契約書第14条、15条参照)

また、この入院・外泊の期間中、同意をいただいて、本事業所が実施する短期入所等のサービスに活用することがございます。

また、以下の、入院・外泊期間中の利用料金は、介護給付費等から給付される費用の一部をご負担いただくものです。なお、この期間中、当該居室を事業者が他のサービスに活用する場合は入院・外泊される利用者の同意を得るものです

①入院、外泊の場合

ア. 10日以内の短期の入院・外泊について（入院・外泊時加算Ⅰ）

10日（入退院日を含む連続した9泊）以内の短期入院等の場合、その期間中であっても、所定の利用料金をご負担いただきます。（8日を限度として1日あたり320単位。
※1）ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。

イ. 上記の期間を越える入院・外泊について（入院・外泊時加算Ⅱ）

アに引き続いての入院・外泊される場合は、82日を限度として、所定の利用料をお支払いいただきます。（1日あたり191単位。）
ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。

ウ. 入院・外泊時に一定の支援を希望される場合（入院時支援特別加算）

長期の入院時の支援として、入院期間中に被服の準備等の一定の支援を行う場合には、上記のほか入院期間に応じて下記の利用料をご負担いただきます。
8日を超えて4日未満の入院： 上記イに加え、561単位（1回につき）
8日を超えて4日以上入院： 上記イに加え、1,122単位（1回につき）

<入院時の負担の例示>

（例：入院または外泊期間 3月1日～10日（9泊10日間））

- 3月1日〔入院または外泊の開始日〕・・・通常の利用料のご負担
- 3月2日～9日〔8日間〕・・・・・・1日につき320円のご負担（※1）
- 3月10日〔入院または外泊の終了日〕・・・通常の利用料ご負担

(例：連続した11日以上入院・外泊の場合 入院期間（3/1日～5/31日）

- 3月1日[入院または外泊の開始日]・・・通常の利用料のご負担
- 3月2日～9日（8日間）・・・・・・・1日につき320円のご負担
- 3月10日～5月30日[82日間]・・・上記イ又は下記ウの一定の支援を希望されない場合は原則として利用料のご負担はありません。
- 5月31日（入院または外泊の終了日）・・・通常の利用料のご負担

②退院後のご利用について

入院後、3ヶ月以内に退院された場合には、原則として、退院後再び入院前と同じサービスをご利用できます。ただし、入院時に予定された退院日より早く退院された場合等、退院時に事業所の受け入れ準備が整っていない時には、併設されている短期入所の居室等をご利用いただく場合があります。

③3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

3ヶ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。
また、退院後、医療的処置（吸痰や経管栄養等）が常時必要になった場合は、当事業所をご利用することは出来ません。

7. 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等の諸費用は、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なら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を行った場合の状況や緊急や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、サービス提供完了日から5年間です。
 - ◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前9：00～午後6：00です。
 - ◆ 窓口は、それぞれ利用されている事業所となります。
 - ◆ 第三者への閲覧・開示については、本人の同意を得るものとします。

8. 個人情報の保護について

事業者及び職員は、サービス提供に当たって知り得た利用者やその家族等の個人情報について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。又、個人情報を漏らすことがないように、必要な措置を講じます。（職員のしおり・個人情報管理規定）

個人情報管理責任者	施設長	山田 勝久
個人情報管理者	主 任	泉 りつ子

9. 虐待防止・身体拘束廃止等適正化について

事業者は、利用者の人権擁護、虐待防止のために虐待防止・身体拘束廃止等適正化の為の指針や責任者および委員会を設置する等、必要な体制を整備するとともにサービス従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

虐待防止・身体拘束等適正化責任者	施設長	山田 勝久
虐待防止・身体拘束等適正化委員会委員長	施設長	山田 勝久
副委員長	主 任	泉 りつ子

10. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

（1）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

〔職名〕	（正担当者）	施設長	山田 勝久
	（副担当者）	主 任	泉 りつ子

○受付時間 随時

○苦情解決責任者（正責任者）	常務理事（鯖江事業所担当）	堀 浩二
（副責任者）	理事（朝日1丁目事業所担当）	山田 勝久
（副責任者）	理事（朝日事業所担当）	村岡 英明

◆苦情受付ボックスは事務所前受付に設置しています。

◆苦情解決に関する情報公開は、光道園ホームページに掲載しています。

（2）第三者委員

当事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見等をいただいています。利用者及びその家族等は、当事業所への苦情やご意見は「第三者委員に」相談する事もできます。

第 三 者 委 員	白 井 尊 志	住所 〒913-0046 坂井市三国町北本町3丁目2-12 電話 0776-82-8887（白井労務管理事務所）
	矢 納 正 人	住所 〒918-8162 福井市角原町32の42 電話 0776-38-1773
	永 松 真	住所 〒910-3604 福井市グリーンハイツ2-127 電話 0776-98-2611

(3) 行政機関その他の苦情受付機関

当事業所に対し市町村等から問い合わせ、指導等があった場合は、迅速、誠実に対応していきます。当施設以外にも、区市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

◎越前町福祉課 電話 0778-34-8708

◎福井県社会福祉協議会

運営適正化委員会（ハート支援室） 電話 0776-24-2347

◎出身市町村 電話

1.1. 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変等があった場合は、協力医療機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記の家族等へ速やかにご連絡します。

氏 名		
住 所		
電話番号		(携帯)
続 柄		

○嘱託医師による診断・治療

福井県丹生郡越前町西田中 16-1 藤田医院

○協力医療機関

福井県鯖江市旭町 4-4-9 医療法人 寿人会 木村病院

1.2. 非常災害対策

防災時の対応	消防計画及び自衛消防組織により対応、地元朝日区との相互協力あり
防災設備	全館スプリンクラー設置、非常通報装置、火災報知設備設置
防災訓練	利用者参加の上、年2回地元朝日区と協力し実施
防火責任者	施設長 山田 勝久

令和 年 月 日

指定障害者支援施設に関するサービス（施設入所支援及び生活介護事業）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。

施 設 名： 障害者支援施設 光が丘ワークセンター

説明者職名： 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に関するサービス（施設入所支援及び生活介護事業）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 _____

身元引受人又は
代理人住所 ㊦

氏 名 _____ 印 _____