

# 指定障害者支援施設 光が丘ワークセンター

## 【 短期入所事業 】

### 重要事項説明書

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービス（短期入所事業）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短期入所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. 利用事業所の概要                | 2  |
| 3. 事業実施地域及び営業時間            | 2  |
| 4. 居室の概要                   | 3  |
| 5. 従事者の配置状況                | 4  |
| 6. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減 | 5  |
| 7. 利用者の記録や情報の管理、開示について     | 10 |
| 8. 個人情報の保護について             | 10 |
| 9. 虐待防止について                | 11 |
| 10. 苦情の受付について              | 11 |
| 11. 緊急時の対応方法               | 12 |
| 12. 非常災害対策                 | 12 |

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所

|         |                |
|---------|----------------|
| 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. 事業所の概要

|                   |  |
|-------------------|--|
| 事業所の種類            | 指定障害者支援施設 光が丘ワークセンター<br>短期入所事業 平成28年5月1日指定<br>福井県1811300068号   |
| 事業所の目的            | 利用者の自立と社会参加の促進並びに利用者家族の福祉向上を図る為、居宅介護計画に基づいて、利用者に対し、適切な短期入所サービスを提供することを目的とする。   |
| 事業所の名称            | 障害者支援施設 光が丘ワークセンター   |
| 事業所の所在地           | 福井県丹生郡越前町朝日3-13-1  |
| 電話番号              | 0778-34-2121   |
| 施設長（管理者）          | 山田 勝久  |
| 事業所の運営方針について      | 利用者の意思と人格を尊重し、個人のニーズに沿った支援サービスを提供する。<br>事業所は、明るく家庭的な環境を有し、事業所の職員は、利用者の人権を擁護、尊重し、常に利用者の立場に立ったサービス提供に努める。<br>本事業の運営にあたっては、地域や家庭との結びつきを重視し、関係市町村、指定相談支援事業者、その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する他の事業者とも密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。 |
| 開設年月              | 平成21年4月1日（短期入所事業 平成28年5月1日）  |
| 利用定員              | 1人   |
| 事業者が併設している施設      | 障害者支援施設 光が丘ワークセンター   |
| 福祉サービス<br>第三者評価事業 | 受審<br>令和6年6月11日（評価結果確定日）   |

### 3. 事業実施地域及び営業時間

|           |            |
|-----------|------------|
| 通常の事業実施地域 | 福井県内市町全域   |
| 営業日       | 年中無休       |
| 受付時間      | 月～金 9時～18時 |

#### 4. 居室の概要

##### (1) 居室の概要

| 居室・設備の種類                     | 室数 | 備考                    |
|------------------------------|----|-----------------------|
| 1人部屋 (14.24 m <sup>2</sup> ) | 1室 | 冷暖房・トイレ・洗面・ベッド・ナースコール |

##### (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、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

##### (3) 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る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・・・職員にお申し出ください。
- 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所持品の持込・・・・・・・・・・寝具の持ちこみは不要です。(シーツクリーニング代実費・洗面用具・日用品等一部実費有) 洗面用具、日用品等の生活必需品はご用意下さい。その他電機製品や嗜好品などはご相談下さい。
- ⑩ペット・・・・・・・・・・施設内でペットの持込は出来ません。

## 5. 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 |

※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<br>(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(作業療法士)、言語聴覚士、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 | <p>(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。</p> <p>(2) 療養食の提供<br/>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。</p> <p>(3) 栄養ケア計画に基づく食事の提供<br/>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。</p> <p>(4) 経口での食事の摂取の維持等<br/>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。</p> |

【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             |

6. 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。

- |   |
|---|
| <p>①介護給付費から給付されるサービス</p> <p>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〕</p> |
|---|

(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、8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。

## <サービスの概要>

短期入所のサービスのうち、「福祉型Ⅱ」および「福祉型Ⅳ」のサービスを利用される場合の日中活動におけるサービス提供は、「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。

#### ○囑託医師による診察・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 「社会的な活動の支援」

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、支援をします。

また、潤いのある生活ができるように余暇活動の支援も行ないます。

#### vi 「送迎サービス」

原則としてご家族の方で送迎をお願いします。ただし送迎を必要とされる場合はご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

<サービスの利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、ご契約者の障害程度区分に応じたサービス利用料金から、介護給付等の給付額を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と食事・高熱水費の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。（個別減免等の負担軽減措置が別途ございます。）

|                       | 障害程度<br>区分1 | 障害程度<br>区分2 | 障害程度<br>区分3 | 障害程度<br>区分4 | 障害程度<br>区分5 | 障害程度<br>区分6 |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 福祉型（Ⅰ）                | 5,090円      |             | 5,830円      | 6,480円      | 7,840円      | 9,230円      |
| 福祉型（Ⅱ）<br>（日中サービス利用）  | 1,730円      |             | 2,400円      | 3,180円      | 5,270円      | 6,020円      |
| 福祉型（Ⅲ）<br>（障害児18歳未満）  | 5,090円      | 6,150円      | 7,840円      |             |             |             |
| 福祉型（Ⅳ）<br>（児日中サービス利用） | 1,730円      | 2,790円      | 5,270円      |             |             |             |

（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×86/1000 |
| 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×21/1000 |
| 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×28/1000 |

（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                            |                      |

<各種加算>

○体制加算（利用者全員のご負担となります）

- 栄養士配置加算（Ⅰ） [ 220円/日 ]
- 地域生活支援拠点等加算 [ 1,000円/回 ]

○個別算定加算（利用者個人のご負担となります）

※対象となる加算や負担額は、個々人により異なりますのでご了承ください。

- 短期利用加算 [ 300円/日 ]
- 重度障害者対応支援加算 [ 300円/日 ]
- 重度障害者支援加算 [ 500円/日 ]
- 利用者負担上限額管理加算（月1回を限度） [ 1,500円/日 ]
- 食事提供体制加算 [ 480円/日 ]
- 緊急短期入所受入加算（Ⅰ） [ 2,700円/日 ]
- 緊急短期入所受入加算（Ⅱ） [ 5,000円/日 ]
- 送迎加算 [ 1,860円/日 ]

#### 〔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にかかる「定率負担」については、所得（世帯の収入状況）に応じて下表の通り4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

| 区 分  | 世帯の収入状況  | 負担上限月額  |
|------|--|---------|
| 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（16万円（注2）未満）<br>*入所施設利用者（20歳以上）、グループホーム<br>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。

#### ＜上記以外のサービス＞

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活動等に関わる付添員経費を含む

#### ②介護給付等から支給されない日常生活上の諸費用

#### ③その他の日常生活費に関する費用

- ・保健衛生費（外注クリーニング）
- ・理美容代
- ・施設内活動における材料代等の実費

#### ④介護給付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・付添員の实費経費等）
- ・食事代（朝食：380円 昼食：610円 夕食：550円）・光熱水費 286円
- ・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）、（2）の料金・費用は、「サービス利用説明書」に定める利用単位毎の料金をもとに計算された月ごとの合計金額を請求します。



## 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。

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。

### (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<br>三<br>者<br>委<br>員 | 白 井 尊 志 | 住所 〒913-0046 坂井市三国町北本町3丁目2-12<br>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<br>電話 0776-38-1773                  |
|                       | 永 松 真   | 住所 〒910-3604 福井市グリーンハイツ2-127<br>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、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。

越前町住民課社会福祉支援室 電話 0778-34-8724

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

出身市町村行政機関等

#### 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  | 光道園 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（短期入所）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（短期入所）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