

地域生活支援事業（日中一時支援事業）

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、利用者に対して障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく日中一時支援事業によるサービスを提供します。当サービスの利用は、原則として市町村長へ利用申請し、対象者の要件に該当すると認められた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業所経営法人	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業日・時間	3
4. 施設整備の概要	3
5. 職員の配置状況	4
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	9
8. 事故時の対応方法	9
9. 非常時災害対策について	10
10. 苦情の受付について	10

社会福祉法人 光道園
(ライフトレーニングセンター)
当事業所は福井県の指定を受けています。
(福井県指定 第1810600062号)

1. 事業所経営法人

名 称	社会福祉法人 光道園
所在地	福井県鯖江市和田町9の1の1
電話番号	0778-62-1234 (代)
代表者氏名	理事長 荒木 博文
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	地域生活支援事業・日中一時支援事業所 平成18年10月1日受託
事業所の目的	障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労支援及び障害者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を目的とする。
事業所の名称	障害者支援施設 ライトレーニングセンター
事業所の所在地	福井県鯖江市和田町9の1の1
電話番号	0778-62-1234
施設長（管理者）	堀 浩二
事業所の運営方針について	<ul style="list-style-type: none"> ・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。 ・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。 ・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、指定居宅支援事業者、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	昭和45年4月1日 （日中一時入所事業 平成18年10月）
利用定員	4人
事業者が併設している施設	障害者支援施設 ライトレーニングセンター 福井県1810600062号

3. 事業実施地域及び営業日・時間

通常の事業実施地域	鯖江市・越前市・越前町
営業日	年中無休
受付時間	月～金 9時～18時

4. 施設設備の概要

当事業所では、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。

施設設備の種類	室数	備考
食堂	4室	
機能訓練室	1ヶ所	
医務室	1室	
静養室	1室	
浴室	11ヶ所	一般浴室男女別・特殊浴室・身障者用浴室
便所	23ヶ所	男女別・身障用トイレ
リビング	6ヶ所	
ゲストルーム	4室	
交流喫茶室	1室	
多目的ホール	2室	1階・3階
理髪室	1室	
洗濯室	4室	
工作室	1室	
施設長室・相談室	1室	
エレベーター	2基	
車両	7台	リフト付福祉車両(2)・リフト付福祉軽車両(1) 昇降シート車(1)・普通車両(2) マイクロバス(1)
消化その他災害対策	スプリンクラー設備・自動火災報知設備・誘導灯・誘導標識	

※ 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。お越しの際は、職員にご連絡下さい。また、飲食物等をご持参される場合もその旨を職員にお知らせ下さい。

たとえば・・・1日4時間、週5日勤務の従業者（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。

【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	生活介護
	日中（9：00～18：00）
施設長（管理者）	1 名
サービス管理責任者	3 名
生活支援員	62 名
看護職員	9 名
理学療法士	1.9 名
言語聴覚士	0.1 名
歯科衛生士	0.1 名
栄養士	2 名
事務員	3 名

【土・日の勤務体制】

職 種	生活介護
	日中（9：00～18：00）
生活支援員	17～18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5条、第6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) 地域生活支援費の対象となるサービス
- (2) 利用料金の全額を利用者にご負担いただくサービス(地域生活支援費の対象外のサービス)があります。

(1) 地域生活支援費の対象となるサービス

以下のサービスについては、食費・入浴（福井市）を除き、給付対象となります。

〈サービスの概要〉

①日常生活の支援

i 食事の提供

- ・栄養、利用者の身体の状況、希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

昼食（12：00～）

ii 入浴

- 原則として入浴サービスは行ないません。やむを得ない事情がある場合は相談に応じます。ご本人の身体状況に応じた普通浴と特殊浴のどちらかを選択実施します。

iii 排泄

- 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。

iv 着脱衣

- 利用者の心身の能力を最大限活用し、着脱衣の自立に向けた支援を行います。

v 整容

- 利用者の清潔に気を配り、整容を行ないます。

②送迎サービス

- 原則として御家族の方で送迎をお願いします。やむを得ない場合のみご自宅と事業所間の送迎サービスをします。

③医療および健康管理

i 医療

ご本人の主治医または、事業所の嘱託医との連携のもと健康で安全な生活を営んでいただけるよう支援します。

嘱託医による診察・治療

医療機関名 木村病院

嘱託医氏名 木村 知行（リハビリ科）

診療科 外科 内科 整形外科 脳神経外科 胃腸科 循環器科他

なお、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、下記の医療機関において受診・治療を受けることができます。

協力医療機関 木村病院 福田歯科医院

ii 服薬の支援

主治医の指示のもと支援します。

iii 通院と治療

主治医の指示によって通院が必要なときは、基本的に家族が行います。

④社会的活動の支援

i 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、支援をします。

ii 余暇活動

潤いのある生活ができるよう余暇活動を行ないます。

⑤相談援助

生活においての様々な問題、苦情、ご家族との調整など相談に応じます。

<サービス利用料金>

※市町村によって利用料金が異なります。

下記の料金表によって、お支払いいただきます。

【鯖江市】

報酬単価表

利用時間 3時間以下	1,580 円
利用時間 3時間を超え6時間以下	3,160 円
利用時間 6時間超え	4,740 円
送迎加算(片道)	210 円
食事加算(低所得者のみ)	300 円

・利用者負担額

住民税課税世帯 費用の10%

市町村民税非課税世帯・生活保護世帯 負担なし

※ 1円未満の端数が生じた場合は切り捨てとします。

【鯖江市】 障害支援区分が5以上の人、医療的ケア児、重症心身障害児

報酬単価表

利用時間 3時間以下	2,840 円
利用時間 3時間を超え6時間以下	5,680 円
利用時間 6時間超え	8,520 円
送迎加算(片道)	210 円
食事加算(低所得者のみ)	300 円

・利用者負担額

住民税課税世帯 費用の10%

市町村民税非課税世帯・生活保護世帯 負担なし

※ 1円未満の端数が生じた場合は切り捨てとします。

【福井市】
報酬単価表

3 時間以下	1,590 円
3 時間～6 時間まで	3,180 円
6 時間以上	6,360 円
送迎加算(片道)	540 円

- ・利用者負担額
金額の合算をした額の 10/100
生活保護世帯 全額を免除する
- ・送迎加算サービスについて
片道を 1 回とします。(学校―事業者間、もしくは自宅―事業者間)
ただし、事業所へのお迎えは、原則ご家族で対応して頂き、やむを得ない場合のみ、
事業所が対応できる範囲とします。
その場合、一定距離以上は自己負担として、事業者が実費徴収いたします。

【越前市】 鯖江市に準ずる

【越前町】 鯖江市に準ずる

※利用者負担にかかる注意事項

- ・利用者負担の月額上限額はありません。
- ・障害福祉サービスや他の地域生活支援事業との合算(上限管理) はありません。

(2) 地域生活支援費の対象とならないサービス

- 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 地域生活支援費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 地域生活支援費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)

- ・食事代（ 昼食：360円 ）
- ・入浴利用料 700円（鯖江市・越前市・越前町は加算有）
- ・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

⑤ 事業実施地域以外への送迎

- ・通常の事業実施地域以外にお住まいの方は、実施地域境界線から利用者自宅間は1 km毎に10円の送迎費がかかります。

(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。

当月利用料金の合計額の請求書に明細を付して、翌月10日までに利用者へ送付します。

当月の利用料金の合計額を翌月25日までにお支払いいただきます。以下のいずれかの方法でお支払い下さい。また、利用最終日にその都度、窓口で現金支払いをしていただいても構いません。

ア.	窓口での現金支払
イ.	下記指定口座への振込 北陸銀行 神明支店 普通預金 1099260
ウ.	金融機関口座からの自動引落し ご利用できる金融機関：銀行・郵便局等

(4) 利用の中止（契約書第8条参照）

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービス計画表（支援計画）で定めたサービスの利用を中止できます。この場合には事業者にお申し出ください。

(5) 利用料金の変更

所定の料金について、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1か月前までにご説明します。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第6条参照）

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。また、記録の複写物の交付を受けることができます。

◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前 9:00～午後18:00

8. 事故時等の対応方法（契約書第12条参照）

利用者に容体の変化等があった場合は、医師に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族に速やかにご連絡致します。

□緊急連絡先： _____ 様（利用者との続柄 _____）

住所 _____

電話 _____ Fax _____

携帯電話 _____

□主治医：病院又は診療所名 _____ 科名 _____

担当医師名 _____ 医師 _____

住所 _____

電話 _____ Fax _____

の方に速やかに連絡します。

9. 非常災害対策について

- ・防災時の対応…消防計画及び自衛消防組織により対応
- ・防災設備 …全館スプリンクラー設備、非常通報装置、火災報知設備設置
- ・防災訓練 …年2回地元消防署の協力、監督のもと実施
- ・防火責任者 …堀 浩二

10. 要望・苦情及び虐待防止に関する相談窓口

○苦情受付窓口（担当者）

職名（正担当者） ライフ1階：川上 美穂（副施設長）

ライフ2階：嵯峨崎友華（副施設長）

たねのいえ：新清千秋（統括主任）

（副担当者） ライフ1階：野村麻衣子（主任）

ライフ2階：棚池弥生（主任）

- 苦情解決（正責任者）光道園常務理事 堀 浩二
（副責任者）光道園理事 山田 勝久
（副責任者）光道園理事 村岡英明

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9：00～18：00

第三者委員	白井 尊志 氏	住所 〒913-0046 坂井市三国町北本町3丁目2-12 電話番号 0776-82-8887
第三者委員	矢納 正人 氏	住所 〒918-8162 福井市角原町32-42 電話番号 0776-38-1773
第三者委員	永松 真 氏	住所 〒910-3604 福井市グリーンハイツ2-127 電話番号 0776-98-2611

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

鯖江市役所 福祉課	所在地 〒916-0023 鯖江市西山町13-1 電話番号 0778-51-2200 FAX 0778-51-8157 受付時間 月～金曜日 8：30～17：15
福井県社会福祉協議会 （運営適正化委員会） ハート支援室	所在地 〒910-8516 福井市光陽2丁目3-22 電話番号 0776-24-2347 FAX 0776-24-8941 受付時間 月～金曜日 9：00～17：00

令和 年 月 日

地域生活支援事業（日中一時支援事業）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。

事業所名 : 社会福祉法人光道園 ライトレーニングセンター

説明者職名 : 施設長 氏名 堀 浩二 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、地域生活支援事業（日中一時支援事業）のサービスの提供開始に同意しました。

利用者住所 〒

氏名

印

代理人または
立会人住所 〒

氏名

印