

指定障害者支援施設 ライトワークセンター

【生活介護事業】

重要事項説明書

当事業所では、利用者に対して障害福祉サービス（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. 従業員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減	5
6. 利用者がサービスを利用されなかった場合の対応について	11
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	11
8. 個人情報の保護について	12
9. 虐待防止・身体拘束廃止適正化について	12
10. 苦情の受付について	12
11. 緊急時の対応方法	13
12. 非常災害対策	13

社会福祉法人 光道園
(ライトワークセンター)
当事業所は福井県の指定を受けています。
(福井県指定 第1810600054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1810600054号
事業所の名称と種類	障害者支援施設 ライトワークセンター
	生活介護事業
主たる対象者	身体障害・知的障害・精神障害
事業所の所在地と 連絡先	ライトワークセンター 福井県鯖江市和田町9字1-1
	0778-62-8103
管理者（施設長）	水谷昌代
サービス管理責任者	水谷昌代・赤星恵吾
事業所の運営方針	利用される方々の様々なライフスタイルの実現に向けて、就労・活動・暮らしを支援します。
事業所の開設年月日	平成21年4月1日
定 員	65名
福祉サービス 第三者評価事業	令和3年11月4日、5日

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 事業所設備の概要

事業所設備の種類	生活介護事業
作業場 (委託・陶芸・製品置場)	3室
食 堂	1室
医務室・静養室	1室
浴 室	3室
便 所	11室
スタッフルーム	1室
ゲストルーム	1室
喫茶室	1室
交流ショップ	1室

ボランティア室	1室
相談室	2室
洗濯室	2室
リビング・洗面所	9ヶ所
夜勤仮眠室	2室
調理実習室	1室
理髪室	1室
更衣室	2室
機械室等	2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、上記の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。

(2) 利用にあたって別途料金をご負担いただく設備

--	--	--

*上記は、介護給付費等の支給対象とならないため、ご利用の際は、利用者に別途料金をご負担いただきます。

(3) 設備ご利用上の注意事項

当事業所において、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 …………… 喫煙は屋外の禁煙コーナーでお願いします。
喫煙コーナー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。自己管理出来な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 設備等の利用 …………… 施設内の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 ペット …………… 施設内でペットの持込は出来ません。

4. 従事者の配置状況

従業者の配置については、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、利用者に対して障害福祉サービスを提供するものとして、下記の職種の従業者を配置しています。

【主な従業者の配置状況】

〔生活介護事業〕（令和7年4月1日現在）

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	1.9名	2名	
生活支援員	15.65名	16名	
看護職員	4.0名	4名	
理学療法士・作業療法士	0.4名	2名	
言語聴覚士	0名	0名	
歯科衛生士	0.1名	1名	
管理栄養士	2名	2名	
事務員	1.8名	1名	1名
医師（嘱託医）	0.1名	0名	1名

※常勤換算とは…

従業者それぞれの週あたり勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数（例：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。

【その他、専門的な支援等に係る従業者の配置状況】

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、看護職員等）	当事業所では「生活支援員」として常勤で配置している職員のうち、11人が社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士であり、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。
3. 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、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）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。

【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	生活介護事業
	昼間（9：00～18：00）
管理者	1名
サービス管理責任者	2名
生活支援員	18名
看護職員	3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介護給付等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、食費等を除き、サービス利用料金全体のうち9割が介護給付等の給付対象となります。事業者が介護給付費等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、介護給付費等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いただきます。ただし、8頁に記載されてい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>

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訓練を行います。

◎着替え、整容その他日常生活上必要な行為の自立にむけた支援を適切に行います。

◎日常生活の自立に向けた入浴等、清拭サービスを行います。

*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ようめざし、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」

利用者の心身の状態や嗜好を考慮し、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、食事面の自立に繋がるよう訓練、支援を行います。なお、当事業所の食事時間は次のとおりです。

昼食： 12：00～

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：田中裕之 診療科：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

診察日：第1・2・3・4火曜日

*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。

○リハビリテーション

利用者の自立に向け、本人の身体状況に応じたりハビリや運動の機会を設けます。また、専門の歩行訓練士による指導を必要に応じ行います。

○口腔ケア

利用者の健康、食生活の維持のため口腔の清潔に努めます。歯科衛生士による指導を受け、それに基づいて訓練、支援を行います。

iv 「相談及び援助」

当事業所では、常に利用者の心身の状態や、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本人の自立した生活に向けた、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 「生産活動の提供」

当事業所では、利用者の障害特性をふまえ、自立に向けた生産活動の機会を提供します。

<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。

vi 「送迎」

送迎をご希望の場合は、ご相談ください。

…送迎は、車で往復 30 分を目安とさせていただきます。

…送迎時間につきましては、当事業所の指定時間になります。

<サービスの利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（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。）

【ライトワークセンター：生活介護事業】（令和6年4月1日より）

障害支援区分	区分2以下	区分3	区分4	区分5	区分6
3時間未満	1,730円/日	1,910円/日	2,140円/日	3,090円/日	4,130円/日
3時間以上4時間未満	2,150円/日	2,370円/日	2,670円/日	3,840円/日	5,150円/日
4時間以上5時間未満	2,570円/日	2,850円/日	3,190円/日	4,610円/日	6,180円/日
5時間以上6時間未満	3,000円/日	3,310円/日	3,720円/日	5,380円/日	7,200円/日
6時間以上7時間未満	4,150円/日	4,590円/日	5,160円/日	7,450円/日	10,000円/日
7時間以上8時間未満	4,250円/日	4,710円/日	5,290円/日	7,660円/日	10,270円/日
8時間以上9時間未満	4,870円/日	5,320円/日	5,900円/日	8,280円/日	10,880円/日

（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	×	61/1,000
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	×	17/1,000
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	×	11/1,000

（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	基本報酬及び各加算	×	101/1,000
------------------	-------	-----------	---	-----------

食費にかかわる自己負担	昼食：610円/日
食事提供体制加算ありの場合	昼食：310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上限管理金額の範囲内の額、及び食費といたします。

【生活介護事業】

○体制加算（チェックが入っている項目は、利用者全員のご負担となります）

- 人員配置体制加算〔I〕 [2,450円/日]
- 人員配置体制加算〔II〕 [1,970円/日]
- 人員配置体制加算〔III〕 [1,250円/日]
- 人員配置体制加算〔IV〕 [330円/日]

<input checked="" type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算〔Ⅰ〕	[	150 円／日]
<input type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算〔Ⅱ〕	[	100 円／日]
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉専門職員配置等加算〔Ⅲ〕	[	60 円／日]
<input checked="" type="checkbox"/> 常勤看護職員等配置加算	[	320 円／日]
<input checked="" type="checkbox"/> 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算〔Ⅰ〕	[	510 円／日]
<input type="checkbox"/> 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算〔Ⅱ〕	[	410 円／日]
<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害者支援体制加算	[	410 円／日]
<input type="checkbox"/> 就労移行支援体制加算	[	70 円／日]
○個別算定加算（利用者個人個人のご負担となります）		
<input type="checkbox"/> 初期加算（利用開始日から30日を限度）	[	300 円／日]
<input type="checkbox"/> 訪問支援特別加算（月2回を限度）		
1 時間未満	[	1,870 円／日]
1 時間以上	[	2,800 円／日]
<input type="checkbox"/> 欠席時対応加算（月4回を限度）	[	940 円／日]
<input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算〔Ⅰ〕	[	500 円／日]
<input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算〔Ⅱ〕	[	3,600 円／日]
<input type="checkbox"/> 重度障害者支援加算〔Ⅲ〕	[	1,800 円／日]
※1：重度障害者支援加算〔Ⅱ〕と〔Ⅲ〕につきましては、中核的人材を配置したうえで、 重度の強度行動障害者（行動関連項目18点以上の者）を支援している場合、上記の金額より1,500円増額となります。		
※2：新たに強度行動障害を有する者の受け入れを開始する場合には、初期加算が最長 180日まで付加され、上記の金額より〔Ⅱ〕は5,000円、〔Ⅲ〕は4,000円増額となります。		
※3：中核的人材を配置したうえで、重度の強度行動障害者（行動関連項目18点以上の 者）の受け入れを開始する場合は、※2の初期加算に2,000円増額となります。		
<input type="checkbox"/> リハビリテーション加算〔Ⅰ〕	[	480 円／日]
<input type="checkbox"/> リハビリテーション加算〔Ⅱ〕	[	200 円／日]
<input type="checkbox"/> 利用者負担上限額管理加算（月1回）	[	1,500 円／月]
<input type="checkbox"/> 緊急時受入加算	[	1,000 円／日]
<input type="checkbox"/> 食事提供体制加算	[	300 円／日]
<input type="checkbox"/> 延長支援加算		
9 時間以上 10 時間未満	[	1,000 円／日]
10 時間以上 11 時間未満	[	2,000 円／日]
11 時間以上 12 時間未満	[	3,000 円／日]
12 時間以上 13 時間未満	[	4,000 円／日]

<input type="checkbox"/> 送迎加算〔Ⅰ〕	[210 円／片道]
<input type="checkbox"/> 送迎加算〔Ⅱ〕	[100 円／片道]
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの体験利用時支援加算〔Ⅰ〕	[5,000 円／日]
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービスの体験利用時支援加算〔Ⅱ〕	[2,500 円／日]
<input type="checkbox"/> 入浴支援加算	[800 円／日]
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引等実施加算	[300 円／日]
<input type="checkbox"/> 栄養スクリーニング加算（6ヶ月に1回）	[50 円／回]
<input type="checkbox"/> 栄養改善加算（月2回を限度）	[2,000 円／日]
<input type="checkbox"/> 集中的支援加算（月4回を限度）	[10,000 円／日]

〔サービス利用の取り消し、(キャンセル) について〕 (契約書第 14 条参照)

*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にお申し出ください。なお、サービス利用日の3日前までに申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料(食事の実費相当額)	1日あたり	610 円
------------------	-------	-------

<利用者負担の減免について>

〔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	1ヶ月あたりの負担上限額
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 例) 3人世帯で障害基礎年金1級受給の場合、概ね300万円以下の収入	0 円
一般 1	市町村民税課税世帯(所得割16万円未満) *入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム・ケアホーム利用者を除きます。 例) 収入が概ね600万円以下の世帯が対象	9,300 円
一般 2	上記以外	37,200 円

○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	障害のある方とその配偶者
障害児	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〕

通所系サービスの利用にあたっては、利用者が低所得または一般世帯（市町村民税所得割160,000円未満世帯）である場合、食材料費のみの負担となります。

〔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、生活保護の対象となら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・活動等に係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（インフルエンザ等予防接種・個人的衛生用品・外注クリーニング等）
- ・理美容代
- ・施設内活動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・付添員の实費経費等）
- ・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. 下記指定口座への振り込み

北陸銀行 神明支店 普通預金 1099240

社会福祉法人光道園 ライトワークセンター 代表 荒木 博文

イ. 金融機関口座からの自動引き落とし (毎月22日に引き落とし予定)

ご利用できる金融機関： 福井銀行または北陸銀行

ウ. その他 []

6. 利用者がサービスを利用されなかった場合の対応について

通所により当事業所を利用されている利用者が、何らかの事情によりサービスの利用を取り消された場合等の対応は以下の通りです。

①家族等への訪問による相談・支援

常時サービスを利用されている利用者が、心身の状況の変化等により、5日以上連続して利用されなかった場合、利用者の同意の下、その方のご自宅を訪問して、引き続きサービスをご利用いただくための支援や個別支援計画の見直し等を行います。

②電話等による相談・支援

急遽サービス利用を取り消された場合等、ご自宅等にお電話し、安否確認を含め必要な相談・支援を行います。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について (契約書第8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等

(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

◆各種記録や情報の保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。

◆保管期限を経過した個人情報等については、外部漏えいしないよう印字データはシュレッダー処理、電子データはデータ消去を行います。

◆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で、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(契約書第8条第3項)

事業者及び職員は、サービス提供にあ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 水谷 昌代
 個人情報管理者 主任 赤星 恵吾

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 水谷 昌代
 虐待防止・身体拘束等適正化委員会委員長 施設長 水谷 昌代
 副委員長 主任 赤星 恵吾

10. 苦情の受付について(契約書第8条5項、第18条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付、ご相談は、以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者)

職名 (正担当者) 水谷 昌代(施設長)
 (副担当者) 赤星 恵吾(主任)

○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、下記の「第三者委員」に相談する事もできます。

第 三	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)
--------	---------	--

者 委 員	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、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。

鯖江市社会福祉課 電話 0778-53-2217

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		

○協力医療機関

社会医療法人 寿人会 木村病院 (福井県鯖江市旭町4-4-9)

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、地元和田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回地元和田区と協力し実施
防火責任者	常務理事 堀 浩二

令和 年 月 日

障害者支援施設に関するサービス（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。

事業所名：障害者支援施設 ライトワークセンター

説明者職名： 施設長 氏名： 水谷 昌代 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、障害福祉サービスの提供及び
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

連帯保証人住所

〒

氏 名

印

この重要事項説明書は、社会福祉法第 76 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。