

障害者支援施設 員光園

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人やまばと会員光園

重要事項説明書

あなたに対する障害者支援施設サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

経営事業者の名称	社会福祉法人 やまばと会 員光園
法人所在地	山口県下関市大字員光字流河原1544番地
法人種別	社会福祉法人
代表者氏名	理事長 伊木 瑞生
電話番号	083-248-5115

2 事業の目的と運営の方針

施設の種類	生活介護、施設入所支援、
施設の目的	生活介護事業、施設入所支援事業、対象者に対し施設において、日中活動と合わせて夜間等における入浴、排泄又は食事の介護等、必要なサービス提供を行う。
施設の名称	障害者支援施設 員光園
施設長氏名	谷口 篤
施設の所在地	山口県下関市大字員光流河原1544番地
電話番号	083-248-5185
施設運営の方針	<ul style="list-style-type: none">・利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、利用者の能力や特性、環境などに即した適正な介護や支援に努めます。・利用者の意思及び人格を尊重して、常にその者の立場に立った施設障害福祉サービスの提供に努める。・できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家庭との結びつきを重視し、市町村、他の知的障害者居宅支援事業者、他の知的障害者援護施設その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。

開設年月	平成 4 年 4 月 1 日
入所定員	40 人

3 施設の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造 平屋建
	延べ床面積	2022.28 m ²
	利用定員	40 人
敷地面積		17,782.40 m ²

(2) 居室

居室の種類	室 数	面 積	1人当たり面積	備 考
1人部屋	45 室	566.285 m ²	12.58 m ²	押入有り

(3) 主な設備

設備の種類	室 数	面 積	備 考
食堂	1 室	108.0 m ²	
作業(生活)指導室	1 室	129.40 m ²	
相談室	1 室	25.96 m ²	
浴室	3 室	91.46 m ²	入所棟 2室
医務室・静養室	1 室	20.90 m ²	

(4) 職員体制

職種	員数	区分				保有資格	
		常勤		非常勤			
		専従	兼任	専従	兼任		
施設長	1		1				
サービス管理者	1	1				社会福祉士、介護福祉士	
生活支援員	18 以上	16 以上	2 以上			介護福祉士	
医師	1				1		
看護師	1		1			准看護師	
栄養士	1		1			栄養士	
調理員	6	6					
事務員	1		1				

4 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
施設長	正規の勤務時間帯（8：30～7：30）常勤で勤務
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
生活支援員	早番(7：30～16：30) 日勤(8：30～17：30) ホール日勤(8：00～17：00) 半日1(8：30～12：30) 遅番①(12：30～21：30) 半日2(13：30～17：30) 遅番②(10：30～19：30) 夜勤(16：30～9：30)
医師	月 2 回が、診察日となります。
看護師	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務 夜間、休暇日においても緊急対応します。
栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：30）常勤で勤務
調理員	早番（6：30～15：30） 日勤（8：30～17：30）

5 施設サービスの概要

(1) 食費・光熱水費等を除き、通常9割が介護・訓練等給付費の給付対象となります。

種類	内容
食事	<ul style="list-style-type: none">栄養士の立てる献立表により、栄養バランスと利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 <p><食事時間></p> <p>朝食(8 : 0 0 ~ :) 昼食(1 2 : 0 0 ~ :) 夕食(1 7 : 0 0 ~ :)</p>
排泄	<ul style="list-style-type: none">利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行なうとともに、排泄の自立に向けた適切な支援を行ないます。
入浴	<ul style="list-style-type: none">事故発生時・緊急時・体調不良者を除いて、原則として、毎日入浴・清拭を行ないます。
睡眠	<ul style="list-style-type: none">利用者に応じた睡眠環境をつくります。
着脱衣	<ul style="list-style-type: none">生活のリズムを整え、毎日の着替えを行ないます。
整容 (歯磨き・洗面含む)	<ul style="list-style-type: none">個性に配慮し、適切な整容が行なわれるよう援助します。シーツ交換は、週1回行ないます。
移動	<ul style="list-style-type: none">利用者の身体状況を考慮し、安全に移動できるよう援助します。
相談及び援助	<ul style="list-style-type: none">当施設は、利用者及びその家族からの相談について誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行なうように努めます。 <p><相談窓口></p> <p>サービス管理責任者：谷口 篤</p>

(2) 日中活動支援サービス

種類	内容
作業支援	<ul style="list-style-type: none">作業
余暇活動支援	<ul style="list-style-type: none">利用者の状況に応じて必要な支援を行ないます。
社会活動支援	<ul style="list-style-type: none">地域において生活できるよう必要な支援を行ないます。

(3) 居住環境整備サービス

種類	内容
調理	調理実習等で行ないます。
清掃	利用者にできる範囲で参加するよう促し、必要な支援を行ないます。
洗濯	清潔、衛生面を考慮し行ないます。
整理整頓	利用者にできる範囲で行なってもらい、必要な支援を行ないます。
食事準備	利用者にできる範囲で行なってもらい、必要な支援を行ないます。
社会資源の利用	利用者の希望や意向を勘案し行ないます。

(4) 保健医療サービス

種類	内容
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医師により、月 2 回診察日を設けて健康管理に努めます。 ・常時は、看護師により、診察、疾病予防、健康管理に努めます。 ・また、緊急時必要により主治医あるいは協力医療機関等に引き継ぎます。 ・利用者が外部の医療機関に通院する場合対応します。 <p><当施設の嘱託医師></p> <p>病院名：佐藤医院</p>
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が行ないます。
通院・治療	<ul style="list-style-type: none"> ・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、医療機関において受診・治療をうけることができます。

(5) 社会生活支援

種類	内容
コミュニケーション	言語、非言語(絵・写真カード・道具等)コミュニケーションを使用し、利用者とのコミュニケーションに努めます。
自己管理 (金銭・安全・健康・生活)	利用者において自己管理してもらいます。自己管理できない部分においては、施設で対応します。
情報提供	利用者に必要な情報を提供します。
地域生活移行	利用者の希望や意向、心身の特性に応じた必要な支援を行ないます。

(6) その他のサービス

種類	内容
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> 当施設では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、適宜レクリエーション行事を企画します。 外出行事及び誕生会等別添年間行事計画を行ないます。 行政機関に対する手続きが必要な場合には、施設が代行し、利用者及び家族に報告いたします。
日常生活上必要となる諸費用	<ul style="list-style-type: none"> 日常生活品の購入代金等利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。
預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の希望により、金銭管理サービスをご利用いただけます。 管理する金銭の形態：施設の指定する金融機関に預け入れている通帳。 お預かりするもの：上記預貯金通帳、金融機関届出印鑑、年金証書。 保管管理者：施設長 出納責任者：サービス管理者 管理方法 <ul style="list-style-type: none"> ※入出金については、責任を持って行ない、出入金記録を作成します。 ※残高報告書を作成し、利用者に報告します。 ※利用者は、いつでも入金記録を閲覧でき、その写しの交付を受けることができます。

(7) 利用者の選定により提供するサービス

特別な食事	利用者の特別な希望による場合特別な食事を提供します。
移送サービス	原則として、利用者の指定外医療機関への通院や、外出、外泊の移送サービスを行ないます。
その他	指定外医療機関への薬受け取り等行ないます。

※ 利用者の選定によるサービスは、別途費用加算を頂く場合があります。

(8) その他

サービス提供記録の保管	契約の終了後法に定める期間保管します。
サービス提供期間の閲覧	日曜日・祝祭日を除く9時から17時。
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、1枚につき10円いただきます。

6 利用料

お支払いいただく利用料はつぎのとおりです。

(1) 介護給付費、訓練等給付費支給対象サービス利用料金

- ・利用者本人又は扶養義務者の負担能力に応じ市町村長が定めた額。

(2) 介護給付費、訓練等給付費支給対象外サービス利用料金

- ・全ての入所者に対し一律に提供されるものを除いた、本人の希望する特別なサービス。

以下のサービスについては、利用料金をいただきます。

項目	金額	備考
外出(冠婚葬祭等)	人件費・交通費	利用者の特別な事情、家庭の事情による。
施設が送迎する場合	人件費・交通費	帰省時において家庭の事情による。
被服費	実費	個人の趣味・嗜好により特に希望するもの。
嗜好品	実費	酒 等
利用者の自由参加活動費	実費	自由参加、本人希望による。
特別食	実費	本人の希望による酒、特別料理、外食、出前の食べ物。
理容・美容	実費	本人の希望による、髪型
旅行・外出	本人の費用 職員の費用	施設の行事計画に含まれない、本人の希望によるもの。 交通費・宿泊費・観賞料等
外注クリーニング	実費	本人の希望による。
生活習慣病検査・人間ドック等	実費	本人が希望するもので、定期健康診断(血液検査を含む)に含まれないもの。
預かり金の管理事務費	1, 000 円／月額	本人の希望による。
各種 予防接種 費用	実費	
付き添い看護料・差額ベッド費用	実費	

日用品・入浴用・消耗品費	3, 000 円／月額	エプロン・ティッシュペーパー・歯ブラシ・歯磨き粉等は実費負担とさせていただきます。 入浴用バスタオル・タオル・シャンプー・石鹼等
光熱水費	264 円／日	値上げの場合は値上げ分を負担して頂きます。
食費	1, 450 円／日	

※ 入院・外泊中の光熱水費は利用料金を支払うものとします。

(3) その他

利用者が、契約終了後も居室を明渡さない場合には、本来の契約終了日から現実に居室が明渡されたまでの期間にかかる次の料金をいただきます。

- ・利用者の障害程度に応じたサービス利用料金
- ・その他受けたサービスの実費

(4) 利用者負担金の支払い方法

上記利用料金の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、請求しますので、指定された日までに以下の方法でお支払いください。

<支払方法>

- ・窓口での現金支払い・自動口座引き落とし・指定口座への振り込みでお願いします。
- ・指定口座金融機関：西中国信用金庫 玉司支店 普通 61539
社会福祉法人やまと会 員光園 理事長 伊木 瑞生

7 苦情等申立先

当施設ご利用 相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 担当者： 谷口 篤 ・ご利用期間 9:00～17:00(日曜・祭日、年末年始を除く) ・電話番号 083-248-5185 ・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。 ・苦情受付箱を設置しておきますのでご利用ください。 ・虐待防止責任者： 谷口 篤
下関市役所 障害者支援課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地 山口県下関市南部町1番1号 ・電話番号 083-231-1917
山口県障害者支援課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地 山口市滝町1-1 ・電話番号 083-933-2770
山口県社会福祉協議会 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地 山口市大手町9-6 ・電話番号 083-924-2837

8 協力医療機関

医療機関の名称	佐藤医院
院長名	佐藤 康弘
所在地	下関市小月駅前 1-6-25
電話番号	083-281-1211
診察科	内科 消化器内科 訪問診療
入院設備	無し

9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「障害者支援施設員光園 消防計画」により、対応いたします。		
平常時の訓練	別途定める「障害者支援施設員光園 消防計画」にのっとり年12回夜間および昼間を想定した避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。		
防災訓練	<ul style="list-style-type: none">・自動火災報知機 あり・誘導灯 あり・ガス漏れ報知器 あり・非常用電源 あり <p>カーテン、布団等は防炎性のあるものを使用しております。</p>		
消防計画等	消防署への届出日：平成 25 年 1 月 5 日 防火責任者 : 山田 哲也		

10 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、面会簿に記載してください。 宿泊する際には、事前にご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、外出届を事務所まで提出していただき、許可を取ってください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	より専門科への受診が必要と判断された場合は、受診が継続的な場合や遠方への受診等は、ご家族により対応していただく場合があります。
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。 <u>これに反したご利用より破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。</u>
貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者の責任において管理して頂きます。自己管理の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ください。

私は、本書面に基づいて事業者から上記重要事項の説明を受けたことを確認します。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所 〒

氏 名 印

代 理 人 住 所 〒

後 見 権
親 身 元 引 受 人

氏 名 印

続 柄

令和 年 月 日

当事業所は、 様に対する障害者支援施設サービス提供に
あたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事 業 所 住 所 〒752-0904
山口県下関市大字員光字流河原1544番地

名 称 社会福祉法人 やまばと会 員光園 印
理事長 伊木 瑞生

説 明 者 印