

障がい者支援施設 愛光園 重要事項説明書

(入所支援・生活介護)

指定障害者支援施設愛光園（障害福祉事業者番号秋田県指定第0510700883号）は、ご契約者に（以後、「ご利用者」といいます。）対して障害者支援施設サービスを提供します。施設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次の通り説明します。

当施設への入居は、障害支援区分認定を受けられた方の入居が可能であり、原則として障害種別は問いませんが生活介護サービスを支給されている方であって、施設入所支援においては障害支援区分が区分4（50歳以上の方にあっては区分3）以上である方が対象となります。

1. 施設運営法人

法人名： 社会福祉法人雄勝なごみ会
所在地： 湯沢市小野字大沢田221番地
電話番号： 0183-52-5210
FAX： 0183-52-5211
代表者名： 理事長 栗林 孝得
設立年月： 昭和56年 5月27日

2. ご利用施設の概要

- (1) 施設の種類 指定障害者支援施設
- (2) 施設の目的 指定障害者支援施設 障がい者支援施設愛光園は、障害者総合支援法等関係法令の主旨に従い、障害をお持ちのご利用者がその有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営む事ができるように支援する事を目的とし、ご利用者が日常生活を営む為に必要な居室及び共用施設等をご利用いただき、施設入所支援サービスを提供します。
- この施設は主として夜間において、入浴、排せつ、食事等の介護生活等に関する相談・助言のほか、必要な日常生活上の支援を行います。生活介護などの日中活動と合わせて夜間等におけるサービスを提供し、障害のある方の日常生活を一体的に支援させていただきます。
- (3) 施設の名称 指定障害者支援施設 障がい者支援施設 愛光園
- (4) 施設の所在地 湯沢市寺沢字段の上4番地5
- (5) 施設の電話番号 0183-52-4313
FAX番号 0183-52-4314

- (6) 施設長氏名 鵜沼美樹子
- (7) 開設年月 昭和57年2月1日
- (8) 入居定員 50人(定員50名)
- (9) 交通の便 奥羽本線横堀駅より約5km

3. 居室の概要

(1) 居室等の概要

当施設では以下の居室・設備をご用意しております。

入居していただく居室は、2人部屋、3人部屋があり、ご利用者の心身の状況によっては、居室を変更調整させていただく場合がございます。

居室・設備の種類	室数	
2人部屋	4室	
3人部屋	15室	
合計	19室	
*主な共用設備		
食堂ホール	1ヶ所	
浴室	1室	一般浴、特殊浴槽、家庭浴槽
医務室	1室	
トイレ	4ヶ所	各フロア
洗面所	2ヶ所	車椅子での使用可
リハビリ室	1室	訓練用具一式

- (2) その他、各個人用にベッド・床頭台・整理タンス一竿と、全居室とトイレにナースコールを設置しております。

4. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対して指定障害者支援施設サービスを提供する職員として次表の職種の職員を配置しています。

《主な職員の配置状況》職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	職員数	職種	職員数
1. 施設長(管理者)	1	6. 栄養士	2
2. 医師(嘱託医)	1	7. 調理員	6
3. 看護職員	4	8. 事務職員	1
4. 理学療法士	1	9. 施設営繕	1
5. 生活支援員	35	10. その他の職員	3

※併設の短期入所事業の配置を含む

《主な職種の勤務体制》

職 種	勤 務 時 間
1. 医 師（嘱託医）	毎週月・金曜日午後1：00～午後3：00 *週2回の往診体制となっています。
2. 生活支援員	*早番6名 *遅番6名 *日勤 *夜勤3名 *その他 *各フロア毎の状況により勤務体制に変動があります。 標準的な時間帯における最低人員の配置です。
	*夜間、医師及び看護師は不在となっています。 *看護師は夜間当番で緊急時の連絡により駆けつけるオンコール体制をとり、急変時に備えます。 *職員配置、体制により勤務状態に変動の場合がございます。

5. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて

- (1) 介護給付費対象サービス
- (2) ご利用者の方にご負担いただくサービス

(1) 介護給付費対象サービス内容

以下のサービスについては、個別支援計画に基づいてサービスを提供します。
事業所が介護給付費を法定代理受領した場合、ご利用者は市町村が定める本人負担額及び食事費用、光熱水費をお支払いいただきます。

なお、法定代理受領を行わない場合については、一旦全額を事業所にお支払いいただくこととなります。

《サービスの概要》

① 食 事

当施設では、栄養士の立てる献立により、栄養並びにご利用者の健康状態及び嗜好を考慮した適時適温の食事を提供します。

食事時間 朝食：午前7時45分～ 昼食：午後12時～ 夕食：午後6時00分～

② 入 浴

設備の清潔保持や十分な入浴時間を確保し週2回入浴を提供します。

③ 排 泄

ご利用者の身体状況や意向に応じて、プライバシーに配慮しながら排泄の自立に向けた支援を行うとともに、排泄状況から利用者の心身の健康状態の把握を行います。

④ 機能訓練

ご利用者が自己の能力をリハビリテーションの中で引き出し、伸ばし、活用することで自立、自律した生活を送り、生活の再構築ができるよう支援します。

また、残存機能を維持し、ADLの維持・拡大とQOLの向上を図ります。

⑤ 健康管理

ご利用者の日々の生活・健康状態をしっかりと観察し、異変があれば早期に嘱託医や医療機関等と連携を図り、疾病の悪化を防ぎます。

また、定期的な健康診断は年間計画に基づいて医師とともに、看護師が連携して行います。検診・検査に関しては利用者の希望や医師の指示があれば随時実施します。

予防接種（インフルエンザ・新型コロナウイルス、肺炎球菌ワクチン等）を実施し感染症予防対策に努めます。

⑥ 日中活動

ご利用者が日常生活を送る上での楽しみや気分転換を図り、くつろぎや活力を見出し活動等への主体性や意欲を増し、新しい人間関係の構築に繋がるよう各種活動の機会と活動メニューの提供をします。

⑦ 相談支援

自己決定を尊重し、問題や課題を捉え、考える力、伝える力、判断する力を支援し、共に考えることで、ご利用者の求める生活・自己実現に結びつけることができるようご利用者の生活課題に向き合い、ご利用者の意思決定支援につとめます。

(2) ご利用者サービス利用自己負担

次表の料金表によって、介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）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。（利用者負担額といいます）

なお、利用者負担額の軽減（特定障害者特別給付費）等が適用される場合は、実費負担より給付金の差額での請求となります。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

《サービスの概要と利用料金》

① 食費

毎日の食事：1日3食 1, 440円（食数により金額が異なります。）

（朝：362円 昼：590円 夕：488円）

特別食：ご利用者の身体状況に合わせた食形態で提供します。

② 水光熱費 1日 336円

③ 理髪（第1・3日曜日）

月に2回、理容師の出張による理容サービスをご利用いただけます。

利用料金：1回あたり2, 500円程度

④ 貴重品の管理についてはご利用者のご希望により対応させていただきます。詳細は、以下の通りです。

○お預かりするもの

現金

預貯金通帳と金融機関へ届け出た印鑑（施設の指定する金融機関：北都銀行のみ）

年金証書

健康保険証

福祉医療費受給者証

障害者手帳

障害福祉サービス受給者証

○保管管理者： 総務係長 柴田乃里子

○出納方法： 手続きの概要は預り金等管理規程によります。

⑤ 日中活動

ご利用者の希望により日中活動に参加して頂く事ができます。活動内容によっては、材料代の実費をいただくことがあります。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担していただく事が適当であるものにかかる費用を負担いただきます。

湯沢圏域を超えた外出、通院の際には高速料金と距離に応じたガソリン代を負担していただきます。

※ おむつ代は介護給付費対象となっていますのでご負担の必要はありません。

《サービス利用の取り消し料金》

ご利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）をする場合は、予定日の1日前までに申し出のない場合はキャンセル料（食費の実費相当額）をいただく場合があります。

入所支援 1日あたり…1440円

《利用料金のお支払い方法》

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日迄に以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。

① 施設の指定する金融機関からの自動引き落とし：北都銀行

② 当事業所窓口での現金支払い

③ 金融機関口座からの口座振替：障がい者支援施設 愛光園 施設長 鵜沼 美樹子

ショウガ イシヤエンシツ アイコウエン シツチョウ ウヌマ ミキ

北都銀行 横堀支店（普通）072-1061115

《入居中の医療の提供について》

医療を必要とする場合は、嘱託医が診察・治療を行い、必要に応じて専門病院や協力医療機関に紹介し、診療や入院治療を勧めることがあります。但し、協力医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

また、協力医療機関での診察・入院治療を義務付けるものでもありません。

嘱託医療機関 名 称：せいとく会 菅医院
主治医：菅康德
所在地：秋田県湯沢市小野字東塚 7 7 番地 1
電 話：0 1 8 3 - 5 2 - 2 0 0 0

協力医療機関 名 称：JA秋田厚生連雄勝中央病院
所在地：秋田県湯沢市山田字勇ヶ岡 2 5
電 話：0 1 8 3 - 7 3 - 5 0 0 0

6. 施設を退居していただく場合（契約の終了について）

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。

したがって、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、ご利用者に退居していただく事になります。

- ① 障害支援区分認定によりご利用者の心身の状況が自立又は障害支援区分 4（50歳以上は区分 3）以下であると判断された場合
- ② 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④ 当施設が障害者支援の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ ご利用者から退居の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑥ 事業所から退居の申し出を行った場合（詳細は以下をご参照下さい）

（1）ご利用者からの退居の申し出（中途解約・契約解除）

契約の有効期間であっても、ご利用者から当施設の退居を申し出る事ができます。その場合には、退居を希望する日の 30 日前迄にお知らせください。

ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退居できます。

- ① 介護給付費対象外サービスの利用料金の変更に同意出来ない場合
- ② 施設の運営規程の変更に同意出来ない場合
- ③ ご利用者が入院された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める障害福祉施設サー

ビスを実施しない場合

- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご利用者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑦ 他のご利用者がご利用者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退居していただく場合（契約解除）

以下の事項に該当する場合には、当施設から退居していただく事があります。

- ① ご利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴の重要事項について、故意に、これを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、かつ1ヶ月以上の予告期間を定めた催告にも関わらずこれが支払われない場合
- ③ ご利用者が、故意又は重大な過失により事業者又は他利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行う事によって本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ④ ご利用者が介護療養型医療施設に入院した場合
- ⑤ 当施設における他ご利用者、事業者に迷惑行為を行った場合
 - ・宗教・政治等普及活動
 - ・他者への他害行為・暴力・暴言等
 - ・個人情報等の外部への流出等

☆ご利用者が病院等に入院された場合の対応について

当施設へ入居中に、医療機関への入院の必要が生じた場合の対応は以下の通りです。

1. 検査入院等、短期入院の場合

短期入院の場合は、退院後再び施設に入居することができます。但し、入院期間であっても、当月内に入所支援を利用されている場合は所定の利用料金をご負担いただきます。

おむつ等日常生活用品についてはご利用者にご負担いただきます。

2. 上記期間を超える入院の場合

上記短期入院の期間を超える入院については、3ヶ月以内に退院された場合には、退院後再び施設に入居することができます。

3. 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。

(1) 円滑な退居の為の援助

ご利用者が、当施設を退居する場合には、ご利用者の希望により、事業者はご利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘案、円滑な退居の為に必要な以下の援助をご利用者に対して速やかに行います。

- 相談支援事業所・市町村・その他関係機関との連携
- 医療サービス又は介護保険・障害福祉サービスの紹介

7. 非常時・災害時の対策

(1) 非常時の対応

別に定める「愛光園消防計画」により対応します。

(2) 非常通報の対応

非常通報体制はホットラインで全職員の連絡体制を確保しております。

(3) 近隣との協力関係

地域消防団分団、地域協力者と話し合いをし、非常時の応援協力体制について確保しています。

(4) 非常時の訓練と防災設備

別に定める「愛光園消防計画」により、年2回以上夜間及び昼間を想定した避難訓練を、ご利用者の方も参加して実施します

(5) 防災設備の概要

屋内消火栓5カ所、消火器16本、避難経路6カ所、避難場所2カ所を設置しています。

8. 緊急時の対応について

当園在籍中に利用者の病状が急変した場合、その他必要な場合は、速やかに主治医や協力医療機関への連絡など必要な処置を講じます。緊急入院等ご家族承諾の必要な状況にある場合ご家族へ連絡をし、ご家族が遠方等対応困難な場合は連絡を通して承諾を得たと判断し、施設職員による対応もさせていただくことがあります。

9. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、保険者、関係医療機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

10. 感染症予防、発生時の対応について

感染症予防の為「予防接種の実施」「予防薬の服用」等感染症流行状況を鑑み適切な対応を行います。新型コロナウイルス・インフルエンザ・胃腸炎等による感染症の発生状況によっては、嘱託医指示の元、特別な事情を除き、一時的に面会や外泊、外出を制限させていただくことがございますので予めご了承ください。

11. 守秘義務に対する対策について

事業者及び従事者は、業務上知りえた利用者又は家族の秘密を保守します。

また、退職後においてもこれらの秘密を保守すべき旨を、従業者との雇用契約の内容としております。

個人情報のついてはサービス提供において必要時な場合、緊急時における病院等への情報提供等必要最小限の範囲において個人情報を使用します。

12. 身体拘束の適正化の取り組みについて

原則として、ご利用者の行動を制限するような身体拘束を行わないことを約束します。但し、緊急、生命維持に関わる等やむを得ない理由により拘束せざるを得ない場合には、事前に入居ご利用者及びご家族へ十分な説明をし、その内容・対応について個別支援計画書に掲載し同意を得るとともに、その際のご利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について支援経過記録に記録し身体拘束の適正化に取り組みます。

13. ご利用者の権利擁護と虐待防止の取り組みについて

障害者の権利擁護根拠法を遵守し、ご利用者の人権・プライバシー保護、虐待防止に、ご利用者の意思を最優先させ、ご利用者の人権と尊厳を護る視点を全職員周知徹底し取り組みます。

身体介護につきましては、同性介護が基本ですが、夜間等職員体制等によりやむを得ず異性介護が必要になる場合は、事前に同意書をもって説明させていただき、必要最小限の範囲において異性職員による支援を行わせていただきます。

14. 身元引受人

契約締結にあたっては、ご家族等に身元引受人をお願いいたします。日常生活の相談をはじめ、入院、もしくは退居の場合、身柄の引き受け及び金銭の処理について責任をもって対応していただきます。

15. 実習受け入れについて

福祉人材育成の為、大学、短大、専門学校等より実習生を積極的に受け入れを実施しております。ご利用者への直接的な生活支援実習に関しましては、事前に説明し、ご意向を確認し、同意を得てからの実習開始となりますので、ご理解、ご協力お願いいたします。

16. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○苦情受付担当者

担 当： 生活支援係長 櫻田浩子

受付時間：午前8：30～午後5：15

また、苦情受付ボックスをフロアに設置しています。

○苦情解決第三者委員

本事業所では、地域にお住ま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本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。

苦情やご意見は「社会福祉法人 雄勝なごみ会 第三者委員」に相談することもできます。

職 業	氏 名	電話番号
元雄勝福祉会評議員	柿崎清	0183-72-2536
元湯沢市保健師	根岸ゆり子	0183-52-2722
元教員	大山史子	090-7666-5227

行政機関その他苦情受付機関苦情受付の窓口

湯沢市福祉保健部 福祉課 障害福祉班	所在地：秋田県湯沢市佐竹町1番1号 電話：0183-73-2111
秋田県国民健康保険団体連合会	所在地：秋田県秋田市山王四丁目2-3 電話：018-883-1550
秋田県福祉サービス相談センター (秋田県運営適正化委員会)	所在地：秋田県秋田市旭北栄町1-5 電話：018-864-2726

障がい者支援施設愛光園 重要事項説明確認書

(入所支援・生活介護)

令和 年 月 日

指定障害福祉施設サービスの提供の開始に際し、ご利用者に対して障がい者支援施設愛光園重要事項説明書に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

社会福祉法人雄勝なごみ会
障がい者支援施設愛光園

説明者

職名 氏名 印

私は、指定障害福祉施設障がい者支援施設愛光園重要事項説明書に基づいて事業者から説明を受け、サービスの提供に同意し、受領しました。

ご利用者 住所
氏名 印

身元引受人 住所
(連帯保証人)
氏名 印