

「障がい者支援施設すみれ園」 重要事項説明書

生活介護・施設入所支援

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、利用者に対して指定障がい福祉サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に定められた、介護給付等における自立支援給付の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

| | |
|---------------------|----|
| サービスを提供する事業者 | 10 |
| 利用事業所 | 10 |
| 居室の概要 | 12 |
| 緊急時の対応方法 | 13 |
| 非常災害時の対応 | 13 |
| 従業員の配置状況 | 15 |
| 当事業所が提供するサービスと利用料金 | 16 |
| ご契約者が入院された場合の対応について | 21 |
| 利用者の記録や情報の管理、開示について | 22 |
| 虐待防止及び人権の擁護について | 22 |
| 苦情の受付について | 23 |

社会福祉法人 共生会
障がい者支援施設 すみれ園
当事業所は徳島県の指定を受けています。
(徳島県指定 第3611600135号)

1. サービスを提供する事業者

| | |
|----------|-------------------------------------|
| 名称 | 社会福祉法人 共生会 |
| 所在地 | 徳島県阿波市市場町香美字西原245番 |
| 連絡先 | 電話：0883-36-6660 FAX：0883-36-6661 |
| 代表者氏名 | 理事長 原 照代 |
| 法人の設立年月日 | 平成9年3月4日 |

2. 利用事業所

| | |
|---------------|--|
| 施設の種類 | 平成22年4月1日指定 徳島県3611600135号 |
| 施設の名称 | 障がい者支援施設 すみれ園 |
| 施設の所在地 連絡先 | 住所：〒771-1610 徳島県阿波市市場町香美字西原245番 電話：0883-36-6660 FAX：0883-36-6661 |
| 施設管理者 | 施設長 原 照代 |
| サービス管理責任者 | 原 幸恵・今倉 紀子 |
| 施設運営 の方針 | <p>施設は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者の意向、適性、障がいの特性その他の事情を踏まえて個別支援計画等を作成し、これに基づき利用者に対して障がい福祉サービスを提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施すること、その他の措置を講ずる事により、利用者に対して適切かつ効果的に障がい福祉サービス（障害者総合支援法及び関係法令に規定する障がい福祉サービスをいう。以下同じ。）を提供する。</p> <p>施設は、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、利用者の地域生活への移行に関する意向を把握し、当該意向を定期的に確認するとともに、常に利用者の立場に立った障がい福祉サービスの提供に努める。</p> <p>施設は利用者から意思表示があった場合には、負担になりすぎない範囲において必要な合理的配慮を行う。</p> <p>施設は、地域や家庭との結び付きを重視した運営を行い、市町、他の障がい福祉サービス事業を行う者、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ものとする。</p> <p>施設は、利用者の人権の擁護、虐待及び身体拘束防止等のために、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従事者に対し、研修を実施する等の措置を講じるよう努めなければならない。</p> |
| 開設年月日 | 平成10年4月1日 |

| 事業内容 | 生活介護 | 施設入所支援 |
|-----------|---|--|
| 施設の目的 | 常時介護を必要とする方を日中受入し、入浴、排泄、食事等の介護を行うとともに、創作的活動（クラブ・外出・レクリエーション等）又は生産活動（軽作業等の廉価な収益を得る事業等）の機会を提供する。 | 施設入所が必要な重度な障がい者を有する方に対して、入浴、排泄、食事の提供等の介護サービスを行う。 |
| 営業日及び営業時間 | 営業日は営業カレンダー（各月の日数から8日を控除した日数を上限として営業）に定めるものとする。ただし、悪天候等による臨時休業日には可能な限りで代替日を設定するものとする。 また上記、各月の上限日数については、3か月以上1年以内の期間における利用日数の合計が「原則の日数」の総和の範囲内において、利用日数にかかる特例の適用を行うことがある。 営業時間は午前8時から午後4時までとする。ただし、行事開催時や緊急時は上記に限らず協議の上で変更する。 | 生活介護営業日においては午後4時から午前8時までとする。 生活介護非営業日においては終日営業とする。 |
| 主たる対象者 | 身体障害者福祉法第四条に規定する身体障がい者、知的障害者福祉法にいう知的障がい者のうち18歳以上である者及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障がい者（発達障害者支援法（平成16年法律第167号）第2条第2項に規定する発達障がい者を含み、知的障害者福祉法にいう知的障がい者を除く）のうち18歳以上である者並びに治療方法が確立していない疾病その他の特殊の疾病であって政令で定めるものによる障害の程度が厚生労働大臣が定める程度である者であって18歳以上であるものをいう。 50歳未満の場合は区分3以上の障がい者 （施設入所支援利用者は区分4以上） 50歳以上の場合は区分2以上の障がい者 （施設入所支援利用者は区分3以上） | 生活介護を受けており 50歳未満の場合は区分4以上の障がい者 50歳以上の場合は区分3以上の障がい者 自立訓練又は就労移行支援を受けており、入所しながら訓練等が必要且つ効果的であると認められる障がい者 または通所によって訓練を受けることが困難な障がい者 |
| 開設年月日 | 平成10年4月1日 | |
| 定員 | 60名 | 55名 |

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 居室の概要（施設入所支援事業利用者及び短期入所利用者用）

| 居室・設備の種類 | 室数 | 面積 |
|----------|-----|---|
| 個室 | 28室 | 11.9㎡（13室）、13.8㎡（2室） 15.3㎡（4室）、15.4㎡（1室）、15.6㎡（8室） |
| 2人部屋 | 16室 | 22㎡（14室）、29.4㎡（1室）、30㎡（1室） |
| 合計 | 44室 | |

*個室につきましては、利用者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に沿えない場合があります。

(2) 居室以外の施設・設備の概要

| 施設・設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------------|----|----------------------|
| 機能回復訓練室 | 1室 | |
| 食堂 | 1室 | |
| 医務室 | 1室 | |
| 静養室 | 1室 | |
| 防災型地域交流センター | 1室 | |
| 浴室 | 1室 | 特殊浴槽1台・シャワー浴槽1台 |
| 洗面所 | | 既存部分については廊下 増設部分は居室内 |
| お手洗い（男・女） | 4室 | |
| 相談室 | 3室 | |
| 娯楽室 | 1室 | |
| 面会室 | 1室 | |

*当施設では、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、「生活介護」「施設入所支援」のサービス提供において設置が義務づけられている施設・設備です。利用については、特別にご負担いただく費用はありません。

(3) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者や保証人もしくは法定代理人等とのご意見を聴いた上で決定するものとします。

(4) 施設・設備ご利用上の注意事項

当施設において居室及び居室以外の施設・設備をご利用頂くにあたり、以下の点にご注意ください。

①利用の際に施設に持ち込めるもの

- ・衣類（着やすい物）・パジャマ・下着類・タオル等（必ず氏名をお書きください）
- ・洗面用具・上履き（利用者の履きやすいもの）
- ・小遣い

（預かり金サービス利用の方は必要ありません。なお、多額現金及び高額物品の持ち込みは禁止とします。万が一、紛失されても自己責任とし、当施設では一切の責任を負いません。）

- ・テレビ（24V型以下のもの）
- ・現在使用している車椅子、補助具、自助具等

※その他の物品に関しては、利用開始前に施設と協議の上判断いたします。

②喫煙、飲酒等に関してはマナーを守り、定められた場所、時間、曜日を必ず守ってください。

施設建物内は全面喫煙禁止です。再三の注意勧告に応じることのできない場合には利用をお断りすることがあります。

③利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対しての布教活動や物品等の販売活動は行わないでください。

④故意又は重大な過失によって施設の装備並びに備品に損害を与えたり、無断で設備、備品の形状を変更したり、許可なく持ち出したり紛失した場合には、その損害を利用者、保証人の返済能力に応じて弁償していただきます。

⑤施設利用中に、他の利用者に重大な危害を及ぼすような問題行動、サービス利用料の延滞により施設継続利用が困難な場合には協議の上、退所勧告を行います。

⑥敷地・施設内での無断撮影や録音は行わないで下さい。また、写真や動画を無断で使用することは禁止しております。場合に応じて法的措置をとらせて頂きます。

4. 緊急時の対応方法

利用者の様態に急変があった場合には緊急連絡先となっている保証人（法定代理人）、または主治医等に速やかにご連絡いたします。保証人（法定代理人）又は主治医への連絡が困難な場合には医療機関への緊急搬送等の必要な処置を講じます。

5. 非常災害時の対応

①防災計画及び避難訓練等

施設は、非常災害に関する具体的計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備し、それらを定期的に従業者に周知するとともに、防火管理者をおき、定期的に避難、救出、消火等その他必要な訓練を行います。

②計画立案時における立地環境の考慮等

施設は、震災、風水害、火災その他の非常災害に関する避難等の具体的計画を立てる際にはそれぞれの施設の立地環境を考慮するとともに、当該計画の概要を従業者及び利用者の見やすい場所に分かりやすく提示します。

○防災設備 スプリンクラー 非常通報装置 消火器 消火栓 ガス漏れ警報装置等

③非常時に備えた備蓄

施設は、非常災害時における施設の運営に必要となる5日分の非常用の食糧、飲料水等を備蓄するよう努めます。

④非常災害時における施設間連携

施設は、それぞれの障害福祉サービス提供事業所又は各施設の特性に応じ、相互に連携して非常災害時における被災者の支援に努めます。

⑤災害時被災状況の公表及び安否確認

施設は、被災状況について公的機関等を通じて公表するものいたします。利用者個人の安否については保証人または法定代理人等から直接施設へお問い合わせください。

6. 衛生管理等

施設は、従業者の清潔の保持及び健康状態について必要な管理を行うとともに、施設の設備及び備品等について衛生的な管理を行います。また、事業所において感染症又は食中毒の発生、まん延しないよう、適切な措置を行います。

7. 業務継続計画の作成に関する事項

施設は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対し必要なサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を行います。

施設は、従業者に対し、業務継続計画について周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するとともに、定期的に業務継続計画の見直しを行います。

8. 従業者の配置状況

<主な従業者の配置状況>

| 職 種 | 指定 基準 | 区 分 | | | | | | | |
|----------------|-----------|-------|--------|-------|----|------|-------|------|----|
| | | 合 計 | 常勤換算合計 | 常 勤 | | | 非 常 勤 | | |
| | | | | 計 | 専従 | 兼任 | 計 | 専従 | 兼任 |
| 施設長 | 1名 | 0.5名 | 0.5名 | | 1 | | | | |
| サービス 管理責任者 | 1名以上 | 1.3名 | 1.3名 | 1 | 1 | | | | |
| 医師・歯科医師 | 必要数 | | | | | (4名) | (2名) | (2名) | |
| 看護職員 | 2名 | 3名以上 | 3名以上 | 3名以上 | | | | | |
| 理学療法士 作業療法士 | 1名 | 1名以上 | 1名以上 | 1名以上 | | | | | |
| 生活支援員 | 前年度 実績 | 30名以上 | 30名以上 | 30名以上 | 1 | | | | |
| 事務員 | | 0.5名 | 0.5名 | | 1 | | | | |
| 管理栄養士 | 1名 | 1名 | 1名 | 1名 | | | | | |

当施設では、利用者に対して指定障がい者支援サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※職員数については、稼働率に応じて変動することがあります。

<主な職種の勤務体制>

| 職 種 | 勤務時間 |
|----------------------------------|--|
| 管理職 サービス管理責任者 管理栄養士 事務員 | 早出C： 7：00～16：00 早出D： 7：30～16：30 早出F： 8：00～17：00 日勤1： 8：30～17：30 日勤2： 9：00～18：00 遅出A：10：00～19：00 |
| 看護師 | 早出C： 7：00～16：00 早出F： 8：00～17：00 日勤2： 9：00～18：00 遅出A：10：00～19：00 |
| 理学療法士 作業療法士 機能訓練指導員 | 早出F： 8：00～17：00 日勤1： 8：30～17：30 日勤2： 9：00～18：00 遅出A：10：00～19：00 |
| 生活支援員 | 早出A： 6：00～15：00 早出B： 6：30～15：30 早出C： 7：00～16：00 早出D： 7：30～16：30 早出E： 7：45～16：45 早出F： 8：00～17：00 日勤1： 8：30～17：30 日勤2： 9：00～18：00 日勤3： 9：30～18：30 遅出A：10：00～19：00 遅出B：11：00～20：00 遅出C：12：00～21：00 遅出D：12：30～21：30 夜明勤：15：45～翌9：45 準夜勤：15：45～翌0：45 深夜勤： 0：45～ 9：45 |

9. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第4条、第5条参照）

当施設では、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は以下のサービスがあります。

- ① 障がい福祉サービス費から給付されるサービス
- ② 利用料金の金額をご利用者に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

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き、9割が障がい福祉サービスの給付対象となります。施設が障がい福祉サービス費を市町より代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分として個別減免等が適用されない場合、サービス利用料金の1割の額を施設にお支払い頂きます。（応能負担）。

なお、障がい福祉サービス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、一旦全額を施設にお支払い頂きます。

《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、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、心身の状況を踏まえ、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などをサービス管理責任者が検討し作成します。個別支援計画策定会議においては利用者本人が参加し、生活に対する意向等を改めて確認した後、利用者や保証人もしくは法定代理人に説明し同意をいただくものです。少なくとも6ヶ月に1回以上、モニタリングを行い計画書の見直しをします。なお、個別支援計画の写しは、利用者及び相談支援事業所に交付いたします。

<施設障がい福祉サービスの内容>

・共通サービス

（1）医療及び健康管理

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。

i 医療

嘱託医による診察・治療

- | | | | |
|------|-----------------|-----|---------|
| ①病院名 | 笠井整形外科・内科クリニック | 診療科 | 整形外科・内科 |
| 診察日 | 毎週木曜日（変更することあり） | | |
| ②病院名 | 西川内科クリニック | 診療科 | 内科 |
| 診察日 | 毎週金曜日（変更することあり） | | |
| ③病院名 | あおいそら在宅診療所 | 診療科 | 内科・神経内科 |

診察日 月曜日／月2回（変更することあり）

④病院名 こんどう歯科クリニック 診療科 歯科

診察日 毎週木曜日（変更することあり）

ii 通院と治療

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・治療を受けることができます。

①病院名 阿波病院

診療科 内科 外科 整形外科 耳鼻科 放射線科 泌尿器科

また、上記以外の診療科目での受診が必要となった場合には、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。

①病院名 渡辺医院 診療科 皮膚科 泌尿器科

②病院名 吉野川医療センター 診療科 婦人科 脳外科

③病院名 あいざと山川クリニック 診療科 精神科

④病院名 板東眼科 診療科 眼科

なお、専門的な検査及び治療を要する場合及び緊急搬送時には、必ず保証人または法定代理人の同行をお願いいたします。

iii 服薬の支援

iv 歯と口腔の健康づくり

施設は、歯と口腔の健康づくりに関する従事者の知識及び理解を深めるとともに、利用者の歯と口腔の健康づくりに努めます。

v 介護職員による登録特定行為（喀痰吸引・経管栄養）

法規定及び当法人「喀痰吸引等業務方法書」に沿って、医師・看護師・県指定の研修を修了した生活支援員の連携はもとより、施設職員が協働し、喀痰吸引・経管栄養等を行うことがあります。

医師からの指示書に基づき、喀痰吸引等業務（特定行為業務）実施計画書を作成し、利用者及び保証人もしくは法定代理人の同意を頂き実施します。

医師・看護師・管理職・サービス提供職員を中心とした「喀痰吸引等安全委員会」を設置し、利用者に対して安心・安全な登録特定行為（喀痰吸引・経管栄養等）を提供致します。

(2) 余暇活動支援・スポーツの推進

利用者の障がいの種類及び程度に応じ、必要な配慮をしつつ、レクリエーション等の機会を提供します。また、利用者が自主的かつ積極的にスポーツに親しむことができるよう支援を行います。

ただし、外出を伴う行事では別途自己負担や保険への加入が必要となることがあります。

(3) 生活相談

相談支援時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

保証人もしくは法定代理人に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

(4) 地域との交流

地域に開かれた施設として、また利用者が地域住民の一員としての位置づけを定着できるよう、地域住民又はその自発的な活動等との連携及び協力を行います。また、施設の運営に支障のない範囲内で、利用者が地域との交流を図るために、当該施設の一部を使用できるものとします。

・生活介護事業

(1) 個別支援計画、リハビリテーション計画の作成

(2) 日常生活の支援

適切な技術をもって、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提供します。

i 食事の提供

- ・利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障がい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。 昼食（12：00～）
- ・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。
☆食事形態等に応じて各種加算をさせていただきます。詳細は利用料金表をご覧ください。

ii 入浴

- ・利用者の身体の状態と要望等を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるよう目指し、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。

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

v 整容

(3) 軽作業等の生産活動や創作的活動の機会の提供

利用者の障がい特性を踏まえ、工夫をもって次の活動の機会を提供します。

- ・日常生活能力の維持・・・居室の掃除、洗濯、調理などできることを一緒に見つけます。
- ・余暇活動 創作活動 ・その他の社会活動

(4) 機能回復訓練等による、身体能力・日常生活能力の維持・向上のための支援

(5) 訪問相談

(6) 送迎支援(必要に応じて)

(7) 前各号に掲げるものの他、生活介護事業利用者に必要な支援

・施設入所支援事業（夜間・休日支援）

(1) 個別支援計画、栄養ケア・マネジメント計画の作成

(2) 食事・入浴・排泄等の介護、日常生活上の支援

・栄養ケア・マネジメント計画に沿った個々の利用者の健康維持に適した食事の提供、並びに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。

・食事提供時間 朝食（8：00～） 昼食（12：00～） 夕食（17：00～）

☆食事形態等に応じて各種加算をさせていただきます。詳細は利用料金表をご覧ください。

(3) 身体能力、日常生活能力の維持・向上のための支援

<サービス利用料金> ※詳細は別紙利用料金表をご覧ください。

下記の料金表によって、ご契約者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付・自立支援給付費の給付額を除いた金額（利用者負担分）と食費、光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。（ただし、個別減免・低所得者食事提供加算等の各種負担軽減措置が別途ございます。）

| | |
|--------------------------|----------------|
| 1. ご契約者の障害支援区分とサービス利用料金 | 障害支援区分（ ） 円 |
| 2. うち、給付費が給付される金額 | 円 |
| 3. うちサービス利用に係る自己負担額（1－2） | 円 |
| 4. 食事にかかる自己負担額 | 円 |
| 5. ご負担額合計（3＋4＋光熱水費） | ＋（光熱水費）円 |

※ご負担いただく金額については、市町が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費、光熱水費とします。

※光熱水費は月額11,920円です。（施設入所支援事業利用者）

※利用者が外泊・外出、入院により、サービス利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当施設までお申し出ください。

※なお、サービス利用日の前日までに申出のない場合、キャンセル料をいただくことがあります。

<利用料金・費用のお支払い方法>

上記の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までに下記の方法にてお支払い下さい。

・金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：徳島大正銀行

◎15日に自動引き落としされます。（休日の場合は翌日もしくは翌々日）

<利用者負担の減免について> ※詳細は別紙利用料金表をご覧ください。

○1ヵ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」は、所得（世帯の収入状況）に応じて下表のとおりです。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。

○所得を判断する際の世帯の範囲は、次のとおりです。

| 区 分 | 世帯の収入状況 | 1ヵ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1 | 市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下の方 | 0円 |
| 低所得2 | 市町村民税非課税世帯で低所得1に該当しない方 | 0円 |
| 一 般 | 所得16万円以下 | 9,300円 |
| 一 般 | 所得16万円以上 | 37,200円 |

<高額障がい福祉サービス費について>

障がい者の場合は、障がい者と配偶者の世帯で、障がい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、高額障がい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）。

| 種 別 | 世 帯 の 範 囲 |
|------------------------------|-------------------|
| 18歳以上の障がい者（施設に入所する18、19歳を除く） | 障がいのある方とその配偶者 |
| 障がい児（施設に入所する18、19歳を含む） | 保護者の属する住民基本台帳での世帯 |

<食費等実費負担の軽減について>

○施設入所支援における食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置があります。

（2） 利用料金の金額をご利用者に負担いただくサービス<（1）以外のサービス>

下記①～④のサービスについては、介護給付費等の給付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頂きます。

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1ヵ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

- ・預かり金管理サービス費

②障害福祉サービス費等から支給されない日常生活上の諸費用

- ・コピー代
- ・電話通話料
- ・個室料（ケーブルテレビ視聴料）

③故意に施設の設備、備品を破損した場合の修理費用

④その他 利用者に負担していただくことが適当であると思われるもの

10. ご契約者が入院された場合の対応について（契約書第14条参照）

当施設に入所中に、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

ご利用者が入院した場合や外泊した場合、初日から8日を限度として所定の利用料金をご負担いただきます。◎入院・外泊時加算Ⅰ（1日あたり）・・・3,200円（うち、自己負担額 320円）

②入院時特別支援加算、入院・外泊時加算

保証人もしくは法定代理人から、入院にかかる支援を受けることが困難なご利用者が病院または診療所への入院を要した場合に、当施設従事者が個別支援計画に基づき、当該病院または診療所を訪問し、当該病院または診療所との連絡調整および被服等の準備、その他日常生活上の支援を行った場合、入院・外泊時加算Ⅰに続いて入院・外泊時加算Ⅱ及び入院時特別支援加算をいただきます。（1回の入院につき3ヶ月に限り算定）

◎入院・外泊時加算Ⅱ（1日あたり）・・・1,910円（うち、自己負担額 191円）

*入院・外泊時加算Ⅰに続いて82日間を限度とする。

◎入院時支援特別加算（1月あたり）

1. 当該月における入院日数の合計が4日未満（訪問1回）・・・5,610円（うち、自己負担額 561円）
2. 当該月における入院日数の合計が4日以上（訪問2回）・・・11,220円（うち、自己負担額 1,122円）

③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所することができます。但し、入院時に予定された退院日より早く退院した場合等、退院時に施設の受入準備が整っていない時には、併設されている短期入所生活介護の居室等をご利用いただく場合があります。なお、短期入院の期間内は、上記利用料金をご負担いただきます。

④3ヶ月以内の退院が見込まれない場合

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。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

<入院期間中の利用料金>

上記、入院期間中の利用料金については、障がい福祉サービス費から給付される費用の一部をご負担いただくものです。

1 1. 利用者の記録や情報の管理、開示について

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などの諸費用は、利用者の負担となります。)原則として利用者又はその保証人のみが閲覧可能とし、それ以外は別途個人情報の保護に関する規程により対応します。

○閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前10:00～午後4:00です。

1 2. 身体拘束の禁止及び虐待防止について (契約書第8条参照)

施設は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の擁護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

(1) 施設は、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、利用者の身体的拘束及び行動を制限する行為を行いません。やむなく行う場合は、利用者及び利用者の保証人もしくは法定代理人等に対して説明を行い同意を得るものとします。また、身体拘束適正化委員会を設置し、身体拘束についての改善計画を作成し随時見直しを行うものとします。

また、施設及び従業者は、サービス提供中に職員又は家族等による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合には、速やかに市町村に通報します。

(2) 当事業所における虐待防止の受付

当法人虐待防止対応規程、虐待防止委員会運用指針により、本事業所では虐待通報に適切に対応する体制を整えています。また、当事業所における虐待防止責任者、虐待防止マネージャー、虐待受付担当者を設置し、虐待の防止に努めます。

| | |
|------------|-----------------------------------|
| 虐待防止責任者 | 施設長補佐(サービス管理責任者) 原 幸恵 |
| 虐待防止マネージャー | 人事労務課長 天満 博美 |
| 虐待受付担当者 | 総合支援課長(サービス管理責任者) 今倉 紀子 |
| 第三者委員 | 財務管理有識者 吉野 旭代 元阿波市民生児童委員 玉井 静代 |

(3) 行政機関その他の虐待防止受付機関

| | |
|----------------|---|
| 徳島県障害者権利擁護センター | 所在地：〒770-0005 徳島市南矢三町2-1-59 (徳島県障害者相談支援センター内) 電話・FAX：088-631-1188 受付時間：9:00～17:00 |
| 阿波市障害者虐待防止センター | 所在地：〒771-1695 阿波市市場町切幡字古田201-1 電話：0883-36-6812 FAX：0883-36-5112 受付時間：9:00～17:00 |

1 3. 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（すみれ園事務所）で受け付けます。

| | |
|---------|---|
| 苦情解決責任者 | 施設長補佐（サービス管理責任者） 原 幸恵 |
| 苦情受付窓口 | 総合支援課長（サービス管理責任者） 今倉 紀子 |
| 第三者委員 | 財務管理有識者 吉野 旭代 連絡先 0883-53-5891 元阿波市民生児童委員 玉井 静代 連絡先 0883-35-5195 |

また、苦情受付ボックスを娯楽室に設置しています。

（2）行政機関その他の苦情受付機関

| | |
|------------------------|--|
| 徳島県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地：〒770-0934 徳島市中昭和町1-2 県立総合福祉センター3階 （徳島県社会福祉協議会内） 電 話：088-611-9988 F A X：088-611-9995 受付時間：毎週月曜日～金曜日9：00～17：00 |
|------------------------|--|

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス(生活介護・施設入所支援)の提供及び利用の開始に際し、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及び本書面に基づき、重要事項の説明を行いました。

施設名 障がい者支援施設すみれ園

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（生活介護・施設入所支援）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

保証人住所
(法定代理人) 氏名 印