

障害者多機能型事業所 きらりの森 重要事項説明書

あなたに対する自立訓練(生活訓練)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内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 きらりの森
所 在 地	愛媛県松山市畑寺4丁目8番地7号
電話 番 号	089-976-1150 (代)
代表者氏名	理事長 今村 高暢
設 立 年 月	平成18年8月30日

2. 利用施設

事業所の種類	指定自立訓練(生活訓練)事業所 平成19年12月10日指定
事業所の名称 (事業所番号)	障害者多機能型事業所 きらりの森 (3810101216)
事業所の所在地	愛媛県松山市畑寺4丁目8番地7号
連 絡 先	TEL 089-976-1150 FAX 089-976-1165
管 理 者	清家 齊
サービス管理責任者	清家 齊・鈴木有香
サービスの実施地域	松山市(島諸部は除く)、東温市、伊予市、砥部町、松前町
主たる対象者	精神障がい者
定 員	12名
開設年月日	平成19年12月10日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、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施行規則第6条第6項第2号に定める期間にわたり、食事や家事等の日常生活能力の向上を図るための訓練を行い、地域生活を営むことのできるよう支援します。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな自立訓練(生活訓練)サービスの提供。
第三者評価の実施状況	なし

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造 2階建 (耐火建築物)(耐震構造)
	敷地面積	1369.27㎡
	延べ床面積	506㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備考
実習室	1	
脱衣室	1	
浴室	1	
洗面設備	2	共用
トイレ	2	共用
食堂・談話室	1	共用
喫煙室	1	共用

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況

職種	区分	指定基準
施設長(管理者)	常勤	1
サービス管理責任者	常勤	1
生活支援員	常勤(兼務)	1
訪問支援員	常勤(兼務)	1

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を基準以上で配置しています。

(ア) 各職種の勤務体系

職種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)
生活支援員	正規の勤務時間帯(8:30~17:00)

(イ) 営業日と営業時間

- (1) 営業日：基本 月・火・水・木・金曜日。
法人が別に定める休日は休館とする。
- (2) 営業時間：8：30～17：00まで
- (3) サービス提供時間： 9：30～15：00

6. サービス提供の内容

(1) 訓練等給付費対象サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練及び創作的活動・生産活動の訓練を行います。(日常生活訓練・社会適応訓練等)

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	1食につき 250円
入浴サービス 洗濯サービス	心身の状態によって、必要な入浴・洗濯のサービスを提供します。	入浴1回につき 150円 洗濯1ネットにつき 100円
創作的活動・ 及び生産活動 等	創作的活動及び生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
その他	・保険料 ・その他	月200円 実費

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等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額）のうち 9 割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る（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。

（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容（2）訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、翌月の 10 日までにご請求しますので、25 日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 当事業所窓口での現金支払い

② 下記指定口座への振込み

愛媛銀行 本店営業部 （普通）0268349

口座名義 社会福祉法人きらりの森 理事長 今村 高暢

8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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、記録及び情報については契約の終了後 5 年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、9：00～16：00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

8. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 清家 斉 ・ご利用時間 9:00～16:00 ・電話番号 089-976-1150 F A X 089-976-1165
-----------------	--

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者 清家 斉 ・ご利用時間 9:00～16:00 ・電話番号 089-976-1150 F A X 089-976-1165
松山市障がい者虐待 防止センター	・ご利用時間 24時間 ・電話番号 089-948-6849 F A X 089-932-7553

担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。

(3) 要望・苦情等申立第三者委員

申立第三者委員	政所 昌美 [連絡先 久米病院 089-975-0503] 山本 久美 [連絡先 松山記念病院 089-935-3211] 丹下 美輪 [連絡先 聖カタリナ大学 089-993-0702]
---------	--

1 1. 協力医療機関

医療機関の名称	久米病院		
医 院 長 名	坂上 博		
所 在 地	松山市南久米町723番地		
電 話 番 号	089-975-0503		
診 療 科	精神科・神経科・内科・胃腸科	入院設備	有

1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・ブラインド等は防災性能のある物を使用しています。
消防計画	消防署への届出日：平成29年10月 防火管理者：清家 斉
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおい損害保険株式会社 加入保険内容：介護・福祉事業者総合保険

1 3. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	喫煙室にてお願いしています。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。
宗教活動・政治活動、 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

年 月 日

指定障害者福祉サービス自立訓練（生活訓練）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：障害者多機能型事業所 きらりの森
氏名：

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス自立訓練（生活訓練）事業の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名： 印

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：

家族住所：

氏 名： 印

続 柄：