

重要事項説明書

施設入所支援
生活介護事業 恵那たんぽぽ作業所

ver.2018.2.1

あなたに対する指定障害者支援施設サービス提供の開始にあたり、岐阜県指定障害者支援施設の人員、設備及び運営等に関する基準を定める条例（平成二十四年岐阜県条例第八十七号）第十一条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 サービスを提供開始日

あなたのサービス提供開始日は平成 30 年 2 月 1 日です。

2 サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人たんぽぽ福祉会
法 人 所 在 地	岐阜県恵那市長島町久須見 1083 番地 35
代 表 者 氏 名	理事長 小坂 孫次
電 話 番 号	0573-26-4356
ファックス番号	0573-26-5827
ホームページアドレス	http://enatanpopo.com
メールアドレス	tanpopos@poplar.ocn.ne.jp
設 立 年 月 日	昭和60年12月13日

3 利用施設

事 業 所 の 種 類	指定障害者支援施設
事 業 所 の 名 称	恵那たんぽぽ作業所
事 業 所 の 所 在 地	岐阜県恵那市長島町久須見 1083 番地 35
電 話 番 号	0573-26-4356
ファックス番号	0573-26-5827
ホームページアドレス	http://enatanpopo.com
メールアドレス	tanpopos@poplar.ocn.ne.jp
管 理 者	所長 遠山 千里
主 たる 対 象 者	知的障害者
事 業 と 定 員	施設入所支援事業：30名 生活介護事業：30名 短期入所事業：2名
開 設 年 月 日	昭和61年4月1日
事 業 所 番 号	岐阜県 第2111700221号

4 サービスの目的・運営方針

目 的	発達に障害のある人達が、人として生き甲斐のある生涯を送るために援助と、とことん付き合いきる関係を確立して行きます。年齢の高低に関係なく、障害の重軽に関係なく、同じ人として元気でいつまでも何らかの仕事に携われる事を続ける支援をします。また、たくさんの経験を重ねる事で豊かな人生を過ごしていただく支援を行います。自分の事は自分で出来る人になってゆく支援をします。
運 営 方 針	高齢、重度に関係なく一人の人として働く生活を目指し、その人の能力、体力に合わせた必要な支援と訓練を行います。

5 サービスに係る施設・設備の概要

(1) 施設

建物構造	鉄筋コンクリート造他鉄骨造	延べ床面積	1,160.93 m ²
敷地面積	3516.16 m ²		

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	一人当り面積	備考
1人部屋	2室	15.10 m ²	7.55 m ²	
2人部屋	8室	112.60 m ²	7.04 m ²	
3人部屋	4室	80.36 m ²	6.69 m ²	

(3) 主な設備

設備の種類	室数	面積	一人当り面積	備考
食堂	1室	175.50 m ²	1.06 m ²	
作業室	4室	124.47 m ²		
浴室	3室	12.00 m ²		
医務室・静養室	1室	35.50 m ²		

6 サービス提供職員の設置状況

(1) 職員体制

職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算後の職員	指定基準
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1.00	1.00
サービス管理責任者	1	1				1.00	1
生活支援員	19	13	3	3		16.1	16.64
医師	1				1	0.1	0.1
看護師	2	2				2.00	1.00
栄養士	1	1				1.00	1.00
調理員	2		2			1.00	—
事務員	1		1			0.25	—

(2) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者（所長）	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務
サービス管理責任者	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務
生活支援員	日勤（8：30～17：30） 夜勤（16：30～1：15）夜勤（1：15～10：00） 早番（6：30～15：30） 遅番（12：30～21：30）
医師	月2回が診察日となります。
看護師	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務 夜間、休日においても緊急対応します。
栄養士	兼任で調理員と同勤務体制で勤務
調理員	早番（6：30～15：30） 日勤（8：30～17：30） 遅番（10：30～19：30）
事務員	正規の勤務時間（8：30～17：30）常勤で勤務

7 サービス提供の内容

(1) 施設入所支援事業・生活介護事業（介護給付費対象サービス）

①基本的な生活にかかわる支援

種 類	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	<ul style="list-style-type: none"> 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等を向上するための訓練を行います。（日常生活訓練・社会適応訓練等） 身体の機能、生活能力の維持・向上及び生産活動等の訓練を行います。 	
食 事	利用者の身体状況や能力、健康状態等に応じて栄養士を中心とした栄養マネジメントを実施すると共に適切に食事が出来るように支援します。食事は楽しみでもあり、重要なのは健康保持に向けての部分であるため、出された物は残さず食べる支援と食事時のマナー、栄養バランスについての支援を行います。	
清 潔	入 浴	毎日入浴しますが、介助の必要な方および健康管理のため見守りの必要な人については17時から18時の間に入浴します。その他の方は夕食後19時から20時に入浴します。入浴については入浴のマナーをはじめ洗体、洗髪の手順や必要性を支援します。
	洗 濯	利用者が常に衛生的で清潔感のある衣類を身につけていただけるよう洗濯についての技術的な支援をします。自分で行うことができない方については将来できるようになるための訓練を行います。
	清 掃	利用者が快適な生活をおくれるよう居住環境を清潔に保つことに努めます。居室、生活の場所、作業の場所については基本的に利用者自身に行っていただき、掃除についての学習になる支援を行います。個々の状況に応じて必要な支援を行います。
	歯 磨 ぎ 整 容	毎食後、歯を磨くための声かけ、歯ブラシ置き場を確保しています。口の周りに汚れ等付着していないか、衣服の着方が良いか、常に鏡を見るための支援をします。洗顔後に必ず鏡を見る支援をします。
排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行い、個々の状況に応じて訓練等の支援を行います。	
睡 眠	快適に睡眠が出来るように支援します。	
着 脱 衣	季節の気候、利用者の希望に応じた着替えを支援します。	
整 理 整 頓	基本的には利用者本人が行うための支援をします。ただし、個々の状況に応じて職員と一緒に行動が必要となりますが、将来的には自ら行えるよう支援を行います。	
移 動	利用者の精神、身体状況に応じて適切に支援を行います。	
服 薬 管 理	医師からの処方による薬については、看護師の管理のもと、個々の利用者の状況に応じて、適切な支援を行います。	
通 院、 治 療	毎日、健康チェックを行い、必要に応じて医療機関への早期受診に勤めます。移送や付き添いが必要な場合は、施設で対応します。	
安 全 管 理	利用者の日常生活を安全で安心感のあるものにするため衛生的管理、建物設備に関する定期点検等安全管理に努め、必要な改善・改修を行います。また、外出時・作業時における安全に配慮すると同時に利用者本人が安全に対する意識を持てるよう支援をします。	

②日中活動にかかわる支援

日常的活動	<p>1 平日（日中活動）</p> <p>主には自立支援を目的とする作業活動と余暇支援を目的とする楽しみ、生き甲斐支援があります。作業支援については多くの作業場を準備していますが、働く事の基本を学んでいただくためにまず、椎茸班の作業が基本となっています。8時30分から12時15分、13時15分から16時30分となります。楽しみ、生き甲斐支援については週1回の「学習」の時間を使ってスポーツや賃金の勉強、ドライブ、缶ひろい等により経験する事で生活の幅を広くする支援をします。太鼓指導の支援も行います。</p> <p>2 休日</p> <p>買物や外食等による外出や希望者のみのマイクロバスドライブも含めのおんびりリフレッシュすることについても支援します。</p>
行事活動	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月行っている特売日については会場設置を含め販売品の袋詰め等準備に参加します。 ・年4回の大きな行事についても準備から片付けまで保護者の方と共に行います。

③社会生活にかかわる支援

コミュニケーション	利用者個々の能力に応じて様々な手法により意思を伝達することができるよう支援します。
情報提供	社会参加を図る一環として個別的な説明も含め、利用者に対して必要な情報を提供します。
相談援助	必要に応じて相談に対して支援いたします。
金銭支援	<ul style="list-style-type: none"> ・労働への意欲と立ち向かう姿を育て、金銭の学習につなげます。 ・お金がなければ我慢する、他人のものと自分のものの区別をする事を基本とした支援をします。

④健康にかかわる支援

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・嘱託医による月2回の診療日を設けています。本人の希望等で受診します。 ・年2回の定期健康診断を実施します。 <p>看護師による健康相談、栄養士による栄養相談も含め、支援員との連携により病気の予防と健康増進に努めます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・看護師により受診します。緊急時にも対応します。 ・薬の管理について本人と相談の上、誤りのないよう支援します。 ・通院についてはすみやかに通院対応致します。 <p>通院の必要ない利用者については看護師が処置等で対応します。</p> <p>看護師の指示により支援員が日常の対応をし、食事については栄養士が対応します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院中の支援については定期的な訪問を行います。 <p>保護者の方への連絡等は看護師が行います。</p> <p>日用品の補充について看護師、支援員が行います。</p>
------	--

(2) 給付費対象外サービス

種 類	内 容
食事サービス	<p>栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体的状況および嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ食事を提供します。</p> <p>〈 食事時間および料金 〉</p> <p>朝食 7：30～ 1食につき500円（うち食材料費250円）</p> <p>昼食 12：15～ 1食につき650円（うち食材料費400円）</p> <p>夕食 18：00～ 1食につき650円（うち食材料費400円）</p>
光熱水費	<p>施設利用に係る光熱水費として負担をしていただきます。</p> <p>日額100円 実費に相当する額とします。</p>
活動費	<p>利用者の自由参加による活動（たとえば華道・茶道・踊り・合唱・カラオケ・習字・陶芸等）についてはすべて実費をいただきます。（講師料、材料代等）</p>
日常生活費	<p>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。</p> <p>当施設では世の中の流れに合った生活を進めるため街へ行き、自分の欲しい物を購入する事、また賃金の使い方の勉強のため本人が考える事を支援しています。</p>
日常生活上の便宜の供与等	<p>日常生活に必要な行政機関への手続き事務等について、利用者、家族の同意を得て代行します。</p>
金銭管理	<p>利用者、家族等からの依頼により、金銭管理を行います。</p> <p>管理事務費 一人当たり 50円/日いただきます。</p>
保健衛生費	<p>インフルエンザ予防接種費用、入院時費用（差額ベット代等）実費をいただきます。</p>
移送・付添いサービス	<p>◎ 人件費 1,000 円/時間</p> <p>◎ 交通費 タクシーは実費 施設の車を使用する場合 20 円/km</p> <p>・基本的には入所者に対する指定医療機関への通院については施設が対応しますが、特別の場合、特に往復半日以上かかる遠隔地への通院は実費、本人負担となる事もあります。しかし、日中活動中の健康管理や急病等についての通院は施設で行います。</p> <p>施設看護師が利用者本人の健康状態を把握する必要から通院に同伴する場合もありますが、実費負担についてはその時々状況によります。</p>
帰省	<ul style="list-style-type: none"> ・ 帰省にかかる費用・交通費は本人負担です。 ・ 恵那たんぼぼ作業所では今まで自主帰省を続けています。これは本人自身の社会性の学習の場でもあり、家族の絆を大切にすること、また精神的安定を図り、施設生活で感じるストレスを癒す場でもあります。帰省を楽しみに生活リズムを作り、安定した生活（将来親亡き後、帰宅出来なくなったり、回数が減る場合があっても、その状況が理解できる人になる）を送る事が出来ると考えています。 ・ 本人の能力、まだ本人だけでの帰省が出来ない場合その費用交通費は本人負担とします。 ・ 希望による帰省で家族が迎えに来られない場合タクシー等利用する等についてはすべて本人負担とする。また施設が行った場合人件費・交通費は本人負担とします。

そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 証明書諸書類の発行代 在所証明書の発行及び文書コピー費について送料及び文書料 200 円。 コピー代 10 円。 ・ おやつ代（特に夜、休日分）は 1 回 50 円程度（棟によっては 600 円から 1,000 円）で責任者（職員、利用者代表）が徴収し、 代表者が管理し、購入します。 ・ 故意または過失による破損の弁償費用 岐阜県知的障害児者生活サポート協会に加入している方は損害賠償 の利用により補償していただくこともできます。岐阜県知的障害児 者生活サポート協会に加入していない方や岐阜県知的障害児者生活 サポート協会の保険適用がなされないケースについては実費請求さ せていただきます。
-------	--

〈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せん。

8 利用料金

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・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基準により算出した額）のうち 9 割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・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) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

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	日 額	標 準 月 額
お や つ 代	50 円	600～1,000 円
金 銭 管 理 サ ー ビ ス	50 円	1,500 円
日常生活費および教養娯楽費	実 費	実 費
理 容 ・ 美 容 料	実 費	実 費
電気代（個人でテレビ・冷蔵庫等使用する場合）	実 費	実 費

(3) 利用者の選択により提供するサービス料金

特 別 な 食 事	実費請求させていただきます。
移送・付添サービス	実費請求させていただきます。
そ の 他	指定外医療機関への薬の受け取り、施設外での買物代行については 1 回につき 500 円とします。 その他のサービスについては実費をいただきます。

(4) その他

利用者が、契約終了後も居室を明け渡さない場合には、本来の契約終了日から現実に居室が明け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。

(5) 利用者負担金の支払い方法

上記利用料金の支払いは、1カ月ごとに計算し、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下さい。

〈 支払方法 〉

- ・ 自動口座引き落としをお願いします。
- ・ ご利用できる金融機関 ゆうちょ銀行
- ・ 手数料は1回につき10円です。

9 年金管理について

年金をお預かりする場合は年金管理委員会に加入していただきます。年金管理については年金管理委員会規程を遵守いたします。

10 守秘義務等

- ① 職員は、事業上知り得た利用者又は契約者等に関する事項を正当な理由なく第三者に漏洩しません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。
- ② 事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

11 要望・苦情等申し立て先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当施設 利用相談窓口	・窓口担当者 切石 誠 ・解決責任者 岩井 聖子 ・ご利用時間 9:00~17:00(日曜・祭日、年末年始を除く) ・電話番号 0573-26-4356 ・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。
恵那市役所 社会福祉課	・所在地 恵那市長島町正家一丁目1-1 ・電話番号 0573-26-2111
第三者委員	・山村 文子 恵那市大井町1970-2 ・宮地 政臣 恵那市三郷町野井1725-8
岐阜県 運営適正委員会	・所在地 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉・農業会館内 ・電話番号 058-278-5136 ・ファックス 058-278-5137

(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 切石 誠 ・解決責任者 岩井 聖子 ・ご利用時間 9:00~17:00(日曜・祭日、年末年始を除く) ・電話番号 0573-26-4356 ・ファックス 0573-26-5827
------------------	--

12 協力医療機関

医療機関の名称	市立恵那病院
管理者名	細江 昌彦
所在地	恵那市大井町2725
電話番号	0573-26-2121

動 物 飼 育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育については、管理者とご相談ください。
---------	--------------------------------------

平成 年 月 日

指定障害者支援施設恵那たんぽぽ作業所のサービス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：恵那たんぽぽ作業所

説明者職名： 氏名：

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者支援施設恵那たんぽぽ作業所のサービス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： ㊞

保証人住所：

氏 名： ㊞

続 柄：