

「障害者支援施設オイコニア」生活介護サービス利用契約重要事項説明書

本重要事項説明書は、当施設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説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 明成会
所 在 地	高知県高岡郡四万十町仁井田字倉木 4 6 2 番地
電 話 番 号	0 8 8 0 - 2 2 - 8 3 8 2
代表者氏名	理事長 岡村 理佐
設 立 年 月	平成 5 年 5 月 1 0 日

2. 利用施設

施設の種類	指定障害者支援施設 平成 2 3 年 1 2 月 1 日 指定高知県第 3 9 1 2 5 5 0 2 2 9 号	
施設の目的	地域や入所施設において、安定した生活を営むため、主として昼間において、入浴、排泄及び食事等の介護、洗濯、掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言その他の必要な日常生活上の支援、創作活動又は生産活動の機会の提供その他の身体機能又は生活能力の向上のために行われる必要な支援を行います。	
施設の名称	障害者支援施設 オイコニア	
施設の所在地	高知県高岡郡四万十町仁井田字倉木 4 6 2 番地	
電話番号	0 8 8 0 - 2 2 - 8 3 8 2	
施設長(管理者)	施設長 岡村 理佐	
施設の経営方針について	① 笑顔のサービス 思いやりと感謝の心をもって笑顔で行動 ② ご利用者の夢の実現 自己決定を尊重し、その人らしい自立した生活の実現 ③ 地域貢献 地域福祉の拠点としての積極的な地域づくり ④ 成長の実感 職員一人ひとりが職業人としての成長を実感できる風土づくり	
開設年月	平成 6 年 4 月 1 日	
利用定員	生活介護	5 4 人

3. 居室の概要

(1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	7 室	
2人部屋	5 室	天井走行リフト2室
4人部屋	9 室	天井走行リフト5室
合計	21 室	

(2) 居室以外の施設設備の概要

当施設では、居室以外に下記の施設・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、生活介護ならびに施設入所支援サービスの提供に設置が義務づけられている施設・設備です。これらのご利用については、利用者にご負担いただく費用はありません。

施設設備の種類	室数	備考
食堂		
医務室		一般の診療所としての機能
静養室	1 室	
浴室		一般浴槽・機械浴槽
洗面所		
便所		
相談室	1 室	

4. 職員の配置状況

職員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

- (1) 職員の配置状況（別紙-1）
- (2) 主な職種の勤務体制（別紙-1）

5. 当施設が提供するサービスと利用料金（契約書第4条、5条、6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。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">(1) 介護給付費等から給付されるサービス(2) 利用料金の全額を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

次のサービスについては、介護給付費が支給されます。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者本人および扶養義務者の負担能力に応じて市町村が定めた額を事業者にお支払いいただきます。

なお、介護給付費対象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、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。本事業所が代理受領した介護給付費の額については、利用者にもその都度通知します。

※ 介護給付費の対象サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイ）全体の利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービス

のご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。

＜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なわれます。この個別支援計画は、利用者の自立生活を支援し、様々な課題の解決を目的としてサービス管理者を中心に作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただきます。

なお、個別支援計画の写しは、利用者に交付します。

＜介護給付費の対象となるサービスの概要＞

①日常生活の支援

i 介護

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。

ii 食事の提供

栄養、利用者の身体の状況、希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

昼食（12:00～13:00）

iii 入 浴

入浴は毎週3回行います。利用者の身体の状況と希望等を伺ったうえ、できる限り自立して清潔保持が可能となるよう支援します。また、入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

iv 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。

v 着脱衣

vi 整 容

②医療および健康管理

i 医 療

嘱託医師による診察・治療

氏 名 武田 丘

診療科 内科・整形外科

診察日 毎週水・土曜日

なお、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。但し、協力医療機関で専門医師等の診療・治療が受けられない場合は、協力医療機関以外の医療機関に受診・治療を受けることができます。

協力医療機関1 くぼかわ病院

協力医療機関2 かつみ歯科

ii 服薬の支援

iii 通院と治療

iv 個別的なリハビリテーション

理学療法士又は作業療法士により、利用者ごとの希望や必要に応じて作成する計画に基づいた、個別的なリハビリテーションの提供を行います。なお、

利用者ごとの実施時間帯等は個別にご相談いたします。

実施曜日及び時間帯：月曜日から金曜日

午前8時30分から午後4時30分まで

iv 日曜日等の日中支援

日曜日等の生活介護が提供されない日等（当事業所の施設入所支援のみ利用される日）の日中においても、個別支援計画に従って適切なサービスを提供いたします。

＜サービス利用料金（1日あたり）＞

別紙-2 の料金表によって、ご契約の障害程度区分に応じてサービス利用料金から、介護給付費等の給付額を除いた金額（利用者負担）と食費・光熱水費の合計額をお支払いいただきます。別紙-3 の各種加算に係る料金をお支払いいただきます。（別途、負担軽減措置があります）

＜サービス利用の取り消し（キャンセル）について＞（契約書第14条参照）

- ☆ ご契約者、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、前日までにお申し出がない場合は、キャンセル料（食費（食材・人件費の実費相当額）をいただきます。

＜利用者負担の減免について＞

〔利用者負担に関する月額上限〕

- 1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得（世帯の収入状況）に応じて下表のとおり月額上限額が設定され、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。

	生活保護世帯	市町村民税非課税世帯	市町村民税課税世帯 市町村民税所得割			
			16万円未満	28万円未満	46万円未満	46万円以上
上限額（月額）	0円	0円	37,200円			

〔高額障害福祉サービス費について〕

障害者の場合は、障害者と配偶者の世帯で、障害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、高額障害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。）

〔食費等実費負担額の軽減について〕

生活保護世帯や市町村民税非課税世帯、所得割16万円未満の世帯については、食費負担の原材料費相当にする措置（食事提供体制加算）が適用となるため、食材費のみの負担となります。

(2) (1) 以外のサービス

①～③のサービスについては、介護給付費等の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、上記の所定料金は、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と変更する事由について、変更を行う2か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
- ② 介護給付費等から支給されない日常生活上の諸費用
- ③ 指定行事の参加費

指定行事：お花見、忘年会、新年会、レストラン（年3回）

※介護給付費等の対象外の各サービスについて、一覧表等により明示します。

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

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

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

- ・高知銀行 窪川支店 普通 口座番号0214092
- ・四国銀行 窪川支店 普通 口座番号0261657
- ・JA 四万十 仁井田支所 普通 口座番号3838288

名義：社会福祉法人明成会 障害者支援施設オイコニア 理事長 岡田好夫

ウ. 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：高知銀行

6. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第7条第5項参照）

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。）

◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 平日：午前9：00～午後5：00

7. 苦情の受付について（契約書第15条参照）

(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、別紙-4の専用窓口で受け付けます。また、ご意見箱を食堂内に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

各市町村役場 障害福祉担当課	所在地 電話番号 受付時間 土・日・祝日・年末年始を除く 8:30~17:00
高知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 高知市朝倉戊375番地1 電話番号 088-844-4837 F A X 088-828-4511 受付時間 土・日・祝日・年末年始を除く 9:00~16:00

平成 年 月 日

指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護）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。

施設名 障害者支援施設 オイコニア

説明者 職氏名 サービス管理責任者 中平 美佳 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サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

※この重要事項説明書は社会福祉法第76条及び第77条に基づく、厚生労働省令第171,172号（平成18年9月29日）の規定により、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。