

「指定障害者支援施設サービス利用契約」

重 要 事 項 説 明 書

本重要事項説明書は、当指定障害者支援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、厚生労働省令に基づき、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。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

1. サービスを提供する事業者	… 2
2. 利用施設	… 2
3. サービスの目的・運営方針	… 2, 3
4. 施設の概要	… 3
5. 職員の配置状況	… 4
6. 昼間サービスの営業日及び営業時間	… 5
7. サービス提供の内容	… 5, 6
8. 利用料金	… 7, 8, 9, 10
9. 利用者が入院された場合の対応	… 10, 11
10. 記録や情報の管理、開示について	… 11
11. 苦情の受付について	… 11
12. 虐待防止について	… 12
13. 第三者評価の受審状況	… 12
14. 協力医療機関	… 12

社会福祉法人晩会

障害者支援施設フェニックス

事業所番号：3513100622号

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人暁会
所在地	山口県下関市大字小野64番地の1
電話番号	083-256-5336
FAX番号	083-256-5025
代表者氏名	理事長 吉水 千賀子
設立年月日	平成9年4月1日

2. 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	障害者支援施設フェニックス
事業所の所在地	山口県下関市大字小野64番地の1
電話番号	電話番号 083-263-1055 ファックス 083-256-1050
管理者	施設長 吉水 千賀子
サービス管理責任者	林 隆浩
サービスの実施地域	下関市
定 員	施設入所支援事業 42名 生活介護事業 46名
開設年月日	平成11年10月1日
事業所番号	山口県 3513100622号

3. サービスの目的・運営方針

(1) 目的

施設入所支援事業又は生活介護事業の対象者に対し、施設において、日中活動と合わせて、夜間等における排泄又は食事の介護等、必要なサービスの提供を行う。

(2) 運営方針

①利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、保護並びにその更生に必要な指導及び訓練を適切に行う。

- ②利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場にたって施設障害福祉サービスを提供するよう努める
- ③できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家族との結びつきを重視した運営を行い、市町、指定障害者支援施設や障害福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めるものとする。

4. 施設の概要

(1) 施 設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造2階建1棟(本館) 鉄筋コンクリート造3階建1棟(新館)
	延べ床面積	本 館 914.20㎡ 新 館 1098.87㎡ 延床面積 2013.07㎡

(2)居室の概要

居室の種類	室 数
3 人 部 屋	2室
2 人 部 屋	15室
1 人 部 屋	10室
合 計	27室

(3)居室以外の施設設備の概要

名 称	部屋数	備 考
食 堂	2室	本館 1室 新館 1室
浴 室	5箇所	特殊浴槽、一般浴槽
洗 面 所	各居室	
便 所	15箇所	
面 会 室	1室	
機能訓練室	1室	
相 談 室	2箇所	

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. 職員の配置状況

(1)職員体制

職 種	人 員
1. 施設長(管理者)	1名
2. サービス管理責任者	1名
3. 医師	1名
4. 看護職員	3名以上
5. 生活支援員	22名以上
6. 理学療法士	1名以上
7. 管理栄養士	1名
8. 調理員等	3名
9. 事務員	2名

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、上記の職員を配置しています。

(2)職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 施設長(管理者)	日勤: 8:30～17:30
2. サービス管理責任者	日勤: 8:30～17:30
3. 医師	金曜: 15:00～16:00
4. 看護	日勤: 8:30～17:30
5. 生活支援員	早出: 7:00～16:00 日勤: 8:30～17:30 遅出: 10:00～19:00 夜勤: 17:00～ 9:00
6. 理学療法士	日勤: 8:30～17:30
7. 管理栄養士	日勤: 8:30～17:30
8. 調理員等	日勤: 9:00～18:00 早出: 5:30～14:30 中出: 7:00～16:00 遅出: 10:30～19:30
9. 事務員	日勤: 8:30～17:30

6. 昼間実施サービスの営業日及び営業時間

- (1) 営業日 月曜日から金曜日
- (2) 営業時間 午前8時30分から午後5時30分
- (3) サービス提供時間 午前8時30分から午後5時30分

7. サービス提供の内容

全てのサービスは「個別支援計画書」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。なお「個別支援計画」は利用者に交付いたします。

(1) 介護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。
排泄	適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ① 入浴 週2回(月・木曜日から火・金曜日) ② 起床 起床時間(6:00～7:00) 入床時間(21:00～22:00) 本人の意思を尊重します。 ③ 着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ④ 整容 毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援をします。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。 ① 芸術クラブ ② 園芸クラブ ③ 創作的活動 等

(2) 給付費対象外のサービス

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 <食事時間> 朝食: 7:30～ 8:30 昼食: 11:30～12:30	朝食:380円 (うち食材料費286円)

	<p>夕食： 17:30～18:30 栄養・利用者の身体の状態・希望や嗜好を考慮した食事の提供を行います。</p> <p>☆経管栄養の方については別途料金にて提供いたします。 ☆低所得者の方には食費に関する減免（食事提供体制加算・特定障害者特別給付費等）があります。</p>	<p>昼食：550円 （うち食材料費429円） 夕食：470円 （うち食材料費363円） 経管栄養 実費額</p>
光 熱 水 費	施設利用にかかる光熱水費 （外泊・入院日等を除く）	425円/日
創作的活動及び クラブ活動等	創作的活動及びクラブ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	<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係る費用をいただきます。</p> <p>（日用品費・保健衛生費・教養娯楽費等） 紙オムツ・石鹸・シャンプー・トイレットペーパーに関しては無料です。 （但し、本人指定のものに関しては実費）</p>	実費
健康管理費用	健康診断及び診断書代等 インフルエンザ予防接種代	実費
理 美 容	理美容に係る費用	実費
医 療 品	経管チューブ・ラパック イルリガートル・シリンジ等	実費
通 院 介 助	協力病院（勝山クリニック） 協力病院（よしみず病院）	無料
	協力病院以外	30円/1km
預り金等管理経費	<p>金銭管理サービス費 別途預り金等管理委託契約書を締結し管理を行います。</p>	500円/月

8. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

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から直接受け取る(代理受領)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。市町村が発行する障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) サービス利用料金(基本料金)

利用者の障害支援区分に応じたサービス利用料金、介護給付費の給付額を除いた金額(利用者負担)と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。(個別減免等の負担軽減措置が別途ございます。)

☆ご負担いただく金額については、市町村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、および食費、光熱水費といたします。

①施設入所支援事業利用の場合(1日あたり)

1. 障害支援区分	区 分 3	区 分 4	区 分 5	区 分 6
2. サービス基本料金	1,890円	2,400円	3,030円	3,620円
3. 給 付 費	1,701円	2,160円	2,727円	3,258円
4. 自 己 負 担 額	189円	240円	303円	362円
5. 光 熱 水 費	425円			

①生活介護事業利用の場合(1日あたり)

利用時間	障害支援区分	単位数	利用料	利用者負担額
4時間以上5時間未満	区分6	666単位	6,660円	666円
	区分5	493単位	4,930円	493円
	区分4	337単位	3,370円	337円
	区分3	297単位	2,970円	297円
5時間以上6時間未満	区分6	778単位	7,780円	778円
	区分5	574単位	5,740円	574円
	区分4	393単位	3,930円	393円
	区分3	346単位	3,460円	346円

6 時間以上 7 時間未満	区分6	1,082 単位	10,820 円	1,082 円
	区分5	800 単位	8,000 円	800 円
	区分4	547 単位	5,470 円	547 円
	区分3	483 単位	4,830 円	483 円
7 時間以上 8 時間未満	区分6	1,110 単位	11,100 円	1,110 円
	区分5	821 単位	8,210 円	821 円
	区分4	561 単位	5,610 円	561 円
	区分3	495 単位	4,950 円	495 円
8 時間以上 9 時間未満	区分6	1,172 単位	11,720 円	1,172 円
	区分5	882 単位	8,820 円	882 円
	区分4	623 単位	6,230 円	623 円
	区分3	556 単位	5,560 円	556 円

※4 時間未満の利用の際も、利用時間に応じた所定の単位数があります。

(3) サービス利用料金(加算)

①施設入所支援事業に係る加算

サービス内容	説明	料金(単位数)
入所時特別支援加算	新たに入所された利用者に対して、入所した日から30日の期間について所定単位数を負担していただきます。	30単位/1日
入院・外泊時加算Ⅰ	利用者が入院や外泊をされた場合、1ヶ月に8日を限度として所定単位数を負担していただきます。	320単位/1日
入院・外泊時加算Ⅱ	利用者が入院や外泊をされた場合、8日を超えてから82日間を限度として所定単位数を負担していただきます。	191単位/1日
栄養マネジメント加算	個別の栄養ケア計画を作成し、定期的な評価及び記録を行っている利用者に対して、所定の単位数を負担していただきます。	12単位/1日
口腔衛生管理体制加算	歯科医師や指示を受けた歯科衛生士の技術的助言や指導に基づき口腔ケアを実施しているため所定の単位数をご負担していただきます。	30単位/1月

福祉・介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	福祉・介護職員の処遇改善を目的とした加算です。ひと月の合計単位数に所定の単位数を乗じた単位数を負担していただきます。	+ 所定単位数 × 15.9%
-----------------------	--	-----------------

②生活介護事業に係る加算

サービス内容	説 明	料金(単位数)
初 期 加 算	利用者が生活介護の利用を開始した日から起算して30日以内の期間について、所定の単位数を負担いただきます。	30単位/1日
食 事 提 供 体 制 加 算	食事提供体制加算対象の利用者に対し、食事の提供を行った場合、所定の単位数を負担いただきます。	30単位/1日
常勤看護職員等 配置加算	看護職員を常勤換算で1.0名以上加配して配置しているため所定の単位数をご負担いただきます。	15単位(×名)/日
リハビリテーション加算 (Ⅰ・Ⅱ)	個別のリハビリテーション計画書を作成し、定期的な評価及び記録を行っている利用者に対し、所定の単位数を負担していただきます。	(Ⅰ) 48単位/1日 (Ⅱ) 20単位/1日
欠席時対応加算	サービス利用を予定していた日に急病等により、その利用の中止があった場合に所定の単位数を負担していただきます。	94単位/1日(月4回まで)
入浴支援加算	個別支援計画に基づき、入浴の支援を提供した場合、所定の単位数を負担していただきます。	80単位/1回
人員配置体制加算(Ⅰ)	平均利用者数に対し1.5:1で直接処遇職員を配置している為、所定の単位数を負担していただきます。	(1.5:1) 263単位/1日
福祉専門職員 配置等加算	生活支援員として常勤で配置している職員の内、国家資格を有する職員を配置(Ⅰ:35%以上)(Ⅱ:25%以上)している為、所定の単位数を負担していただきます。加えて勤続3年以上の職員を一定数配置しているため所定の単位をご負担いただきます。(Ⅲ:30パーセント以上)	15単位/1日(Ⅰ) 10単位/1日(Ⅱ) 6単位/1日(Ⅲ)

福祉・介護職員等 処遇改善加算（Ⅰ）	福祉・介護職員の処遇改善を目的とした加算です。ひと月の合計単位数に所定の単位数を乗じた単位数を負担していただきます。	+ 所定単位数×10.1%
重度障害者支援加算	対象の重度障害者に対する支援体制を構築し、基準を満たしたうえで組織的にサービス提供を実施した場合、所定の単位数を負担していただきます。	360単位/日（Ⅱ） 180単位/日（Ⅲ）

（4）利用料金・費用のお支払い方法

前記（1）（2）（3）の料金・費用は1か月ごとに計算し、以下の方法でお支払い下さい。

＜お支払い方法＞

① 金融機関口座からの口座振替

ご利用月の翌月末日（土日祝日の場合はその翌営業日）に、ゆうちょ銀行もしくは山口銀行の指定口座から口座振替をします。

② 振込

ご利用月の翌月末日までに、指定口座へお振込みください。（振込手数料はご負担ください。）

※口座振替が出来なかった場合、指定口座へお振込みください。その際の振込手数料はご負担ください。現金での受領は原則お断りしております。

9. 利用者が入院された場合の対応

（1）3ヶ月以内の入院の場合

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、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の居室等をご利用いただく場合があります。

（2）3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。

10. 記録や情報の管理、開示について

（1）利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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 午前8:30～午後17:30

(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、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に基づき情報提供を致します

11. 苦情の受付について

(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で受け付けます。

当 事 業 所 苦 情 受 付 窓 口	窓口担当者	施設長(吉水)・サービス管理責任者(林)
	受 付 時 間	毎週月曜日～金曜日 8:30～17:30
	電 話 番 号	(083)263-1055
	F A X	(083)263-1050
	担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。	
苦情受付責任者	理事長 吉水 千賀子	
暁会第三者委員	橋本 サチ子	(083)261-7441
	山尾 未明	(083)256-1291

また、苦情受付ボックスを玄関に設置しています。

(2)行政機関その他苦情受付機関

下関市役所 障害者支援課	住 所:	山口県下関市南部町1番1号
	電 話:	(083)231-1920
	受付時間:	8:30～17:00
山口県社会福祉協議会 運 営 適 正 化 委 員 会	住 所:	山口市大手町9番6号
	電 話:	(083)924-2837
	受付時間:	8:30～17:00

12. 虐待防止について

当事業所は、虐待防止委員会を設置するとともに、虐待防止責任者及び虐待防止担当者を選定し、定期的な研修を実施し虐待防止に取り組んでいます。

虐待防止責任者	管理者 吉水 千賀子
虐待防止担当者	サービス管理責任者 林 隆浩

13. 第三者評価の受審状況

実施の有無	有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/>
直近の実施年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況 (公表の有無・公表場所等)	

14. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人茜会 勝山クリニック		
医 院 長	西尾 敬		
所 在 地	山口県下関市大字田倉221-11		
電 話 番 号	(083)256-8866		
診 療 科	内 科	入 院 設 備	無

医療機関の名称	医療法人茜会 よしみず病院		
医 院 長	神田 隆		
所 在 地	山口県下関市後田町1丁目1番1号		
電 話 番 号	(083)231-3888		
診 療 科	内 科・歯科 等	入 院 設 備	有

令和 年 月 日

指定障害者支援施設サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者)

施設名 障害者支援施設フェニックス

説明者名 _____ 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サービス提供開始に同意しました。

(入所者)

【住所】

【氏名】

(署名代行者)

私は、契約者の意見を確認したうえ、上記署名を代行しました。

【住所】

【 氏 名 】 _____ 印