

倉敷市・地域生活支援事業  
日中一時支援事業（タイムケア型）利用契約  
重要事項説明書

平成27年 4月1日

この重要事項説明書は、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、社会福祉法第76条・第77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。

当サービスの利用は、原則として施設支援費の支給を受けた方が対象となります。

◇◆ 目 次 ◆◇

1. 経営法人の概要	1
2. 事業の目的・運営方針	1
3. ご利用施設及び概要	1
4. 提供するサービスの概要	4
5. 利用料金の支払方法	5
6. 苦情の受付について（苦情申立先）	5
7. 嘱託医・協力医療機関	6
8. 非常時の対応	6
9. 個人情報保護について	6
10. 留意事項	7

社会福祉法人ひまわりの会  
障害者支援施設ライフステーションひまわり

# 倉敷市・日中一時支援事業(タイムケア型) 重要事項説明書

平成27年 4月1日現在

## 1. 経営法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 ひまわりの会
所在地	〒712-8041 倉敷市福田町福田2122-1
設立年月日	昭和55年11月11日
代表者氏名	理事長 山 室 義 信
電話番号/FAX	電話：086-455-8585 FAX：086-455-4113
e-mail	<a href="mailto:hmwr@po.harenet.ne.jp">hmwr@po.harenet.ne.jp</a>
URL	<a href="http://www.3flower.jp/">http://www.3flower.jp/</a>

## 2. 事業の目的・運営方針

事業の目的	障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労支援及び障害者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を事業の目的とする。
事業の名称	地域生活支援事業・日中一時支援事業
管理者	障害者支援施設 ライフステーションひまわり 管理者 松尾 美紀
事業の方針	障害者等に活動の場を提供し、見守り・社会に適応するための日常訓練等を行う。
利用定員	各事業所5名
営業日	平日
開設時間 (ライフステーション)	(平日) 16:00~18:00
事業の実施地域	倉敷市を中心にそれ以外の市町村の利用者も受け入れる。

## 3. ご利用施設及び概要

### 障害者支援施設ライフステーションひまわり

施設の指定番号	平成20年4月1日指定 岡山県3310201227号	
施設の名称と目的	障害者支援施設 ライフステーションひまわり	
	施設入所支援 主として夜間において入浴、排泄および食事などの介護、生活などに関する相談および助言その他の必要な日常生活上の支援を行うとともに、施設入所支援以外の施設障害福祉サービス(生活介護)を行う。	生活介護サービス事業 地域や入所施設において、安定した生活を営むため、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、入浴、排泄および食事などの介護、調理、洗濯および掃除などの家事並びに生活などに関する相談および助言その他の必要な日常生活上の支援、創作的活動または生産活動の機会の提供その他の身体的機能または、生活能力の向上のために行われる必要な援助
主たる対象者	運営規程による	運営規程による
定員	60名	60名
事業所の運営方針	安定した生活を送るため、常時介護などの必要な方に対し、自立した日常生活や社会生活を営めるよう、夜間・休日において、入浴・排泄および食事介護、余暇活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行う。	安定した生活を送るため、常時介護などの必要な方に対し、自立した日常生活や社会生活を営めるよう、入浴・排泄および食事介護、創作的活動または、生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行う。
施設の所在地と連絡先	岡山県倉敷市福田町福田2122-1 086-455-8585	

管理者	松尾 美紀
サービス管理責任者	松尾 美紀
施設の開設年月	平成20年4月1日

### ① 施設概要

建 物	構造	居住棟 鉄筋コンクリート造り 2階建 2棟
	延べ床面積	1,217.28㎡

### ② 設備概要

施設設備の種類	施設入所支援	生活介護支援	備 考
医務室	1室	共用	
静養室	2室	共用	
浴 室	2室	共用	
洗面所	4ヶ所	共用	
便所	7ヶ所	共用	内2箇所シャワー付き
訓練・作業室	4室	共用	
食堂・娯楽室	2室	共用	食堂のみは、管理棟2F
相談室	2室	共用	

\* 消火設備その他非常災害に際して必要な設備等

自動火災報知機・非常通報装置・誘導灯・スプリンクラー・消火器の配置・防災加工カーテン・食糧備蓄（飲料水含む7日）

### ③ 職員配置

従業者の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当施設では、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業者を配置しています。

<主な従業者の配置状況>

【施設入所支援・生活介護事業】・・・H27年度4月配置

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1名	1名		1名
2. サービス管理責任者				
3. 生活支援員	36.5名	23名	22名	16.9名以上
4. 看護師		1名（専従）		1名
5. 理学療法士		1名（専従）		
5. 栄養士	1名	1名（専従）		

常勤換算とは：従業者それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。

たとえば・・・1日4時間、週5日勤務の従業者（1週間で20時間勤務）が5名いる場合、常勤換算では、2.5名（4時間×5日×5名÷40時間＝2.5名）となります。

※上記の職員で、タイムケア専任職員以外は、入所利用者の支援業務と兼務になります。

#### 4. 提供するサービスの概要

##### (1) 提供サービスと利用料金

種 類	内 容		
日常生活支援	排泄、食事介助、入浴等日常生活に必要な支援及び介助をします。		
健康管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緊急時を含め、医療が必要となる場合は、協力医療機関もしくは救急医療機関に通院支援します。</li> <li>・服薬の管理及び介助をします。</li> </ul>		
日中活動支援	作業活動や創作活動・運動など、利用者の状態に応じた日中活動を提供します。		
相談・助言	各種制度、生活、介護、療育に関する相談を行います。		
区分（大人）	日中型 4 時間以下	日中型 4 時間超	タイムケア型 (1 時間あたり)
区分 A	260 円	380 円	130 円
区分 B	230 円	340 円	110 円
区分 C	200 円	300 円	90 円

##### (2) 自己負担サービスと利用料金

種 類	内 容	金 額
食 事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご希望により食事を提供します。また下記の特別食を提供することもできます。（除去食等その他の特別食はご相談ください。）</li> <li>《健康食》1,800k Cal 及び 1,600k Cal を提供。</li> <li>《刻み食》希望に応じ粗～細に刻んだ食事を提供。 食事内容は他の食事と同じです。</li> <li>《減塩食》塩分を控えめにした食事。1食 7g を目安にしています。</li> <li>《低コレステロール食》コレステロールを低くした食事。 300 mg を目安にしています。</li> <li>《病人食》うどんもしくはお粥を提供。</li> <li>・夕食時間：17:00～18:00</li> <li>※上記時間内にやむを得ない事情で食事が摂れない場合、2時間以内であれば食事が提供できますが、2時間を超えた場合は衛生管理面で問題が生じる恐れがあり廃棄処分にしますので、食事の提供ができません。</li> </ul>	夕食 525 円

種 類	内 容	金 額
おやつ	ご希望によりおやつ（お菓子・飲み物）を提供します。	実 費
特別な献立	行事等で特別な献立を選択できます。	実 費
複写物の交付	コピーをします。	1 枚 1 0 円
証明書の発行	各種の証明書を発行します。	1 枚 1 0 0 円
個人的な経費	日用品、調理実習等個別にかかった経費	実 費
入浴代	ご希望により、入浴支援を行います。	1 回 4 0 0 円
時間外利用料	30分未満	無料
	30分以上（平日18:00以降 休日・祝日16:30以降）	支援費相当額
光熱水費	活動する上で使用する電気や上下水道の費用	1 日 1 5 0 円

## 《サービス利用の取り消し（キャンセル）》

ご契約者がサービス利用の取り消し（キャンセル）または変更をする場合は、利用予定日の3日前までに、当施設にお申し出ください。

ただし、土・日曜日や祝祭日がある場合は、その日数を3日に加えた日数以前にお申し出ください。なお、3日前以降のお申し出の場合、下記の実費をお支払いいただきます。

区 分	金 額	付 記
食 費	(夕食) 525 円	
自己負担サービス	利用するサービスにより必要な額	予約が必要なサービス等の場合

## 5. 利用料金の支払方法

利用料金は、利用者負担金とその他のサービス料金の合計金額をお支払いいただきます。

上記利用料金は一日ごとに計算し、1ヶ月の合計金額を月ごとに請求しますので指定された日までに、下記のいずれかの方法によりお支払いください。

①利用者の指定金融機関の口座からの自動引落としとする方法

②直接施設の窓口でお支払いただく方法

③施設指定の金融機関の口座に振込んでいただく方法

### 【指定金融機関】

振 込 先：香川銀行倉敷支店

口座名義：社会福祉法人ひまわりの会

障害者支援施設 ライフステーションひまわり

管理者 松尾 美紀

口座番号：普通預金 3508075

※振り込み手数料は、請求額に含めて振込んでください。

## 6. 苦情の受付について（苦情申立先）

当施設の苦情相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・苦情受付担当者：福 嶋 泰 儀</li> <li>・苦情解決責任者：松 尾 美 紀</li> <li>・苦情受付電話 受付時間： 9：00～17：00 電話番号：086-455-8585 ※緊急の場合は、いつでもお電話ください。</li> <li>・苦情受付ボックス 管理棟玄関、1・2・3寮玄関に設置していますのでご利用下さい。無記名でも結構です。</li> <li>・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。</li> <li>・苦情については、後日受付担当者がその内容をお聞きし、ご希望の解決方法により、誠意をもって解決を図ります。</li> <li>・苦情の公開 期間を定めて機関紙、掲示等により、件数や内容の概略を公開します。</li> </ul>
倉敷市障害福祉課	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所 在 地：倉敷市西中新田640</li> <li>・電話番号：086-426-3305</li> </ul>

第三者委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・関西福祉大学准教授 平松正臣</li> <li>・倉敷市社会福祉協議会顧問 松尾忠昭</li> </ul>
岡山県運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：岡山市南方2丁目13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館</li> <li>・電話番号：086-226-9400</li> </ul>

## 7. 嘱託医・協力医療機関

### 1) 嘱託医

医療機関の名称	雨宮医院
院長名	雨宮慎二
所在地	倉敷市北畝4-17-12
電話番号	086-456-2000
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
診察日	月曜日から土曜日（木曜日は午前のみ）

### 2) 指定協力医療機関

医療機関名	連絡先	診療科
水島中央病院	444-3311	内科・整形外科・外科ほか
水島協同病院	444-3211	神経内科・外科・内科ほか
倉敷仁風ホスピタル	465-2430	精神科
倉敷成人病センター	422-2111	小児科・内科・外科ほか
水島歯科診療所	444-8221	歯科
まきび病院	698-6511	精神科
赤松眼科	426-7547	眼科
馬越歯科	455-9353	歯科
多田皮膚科	426-7548	皮膚科
渡辺耳鼻咽喉科医院	427-3311	耳鼻咽喉科

ただし、家庭からの病气・怪我の通院は、原則家族の方で通院をお願いいたします。

## 8. 非常時の対応

事故発生時の対応	サービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族等に連絡を行なうとともに、必要な措置を講じます。また、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。
非常時の対応	別途定める「ひまわりの会消防計画」により、対応いたします。
平常時の訓練	別途定める「ひまわりの会消防計画」により、原則年4回夜間及び昼間を想定した避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災組織	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知器 あり</li> <li>・誘導灯 あり</li> <li>・ガス漏れ報知器 あり</li> <li>・非常電源 あり</li> <li>※カーテン、布団等は防災性のあるものを使用しております。</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>・防火扉 あり</li> <li>・スプリンクラー設備 あり</li> <li>・非常通報機 あり</li> </ul>
消防計画	消防署への届出：毎年4月届出 防火管理者：坪田 暁

## 9. 個人情報保護について

- ・事業者及びその従業員は、利用者に対するサービスの提供にあたり、知り得た利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。
- ・事業者は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者に関する情報を洩らすことのないよう、必要な措置を講じます。

## 10. ご利用の際に留意していただく事項

受給者証の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「住所」及び「居宅利用者負担額」「支給量」など受給者証の記載内容に変更があった場合には速やかに当事業所にお知らせください。</li> </ul>
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。</li> <li>・用途に反したご利用により破損、故障等が生じた場合、賠償していただくことがあります。</li> </ul>
喫煙	<ul style="list-style-type: none"> <li>・喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。</li> </ul>
危険物の持ち込み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活に必要な火気や油類、火薬や刃物等の危険物の持込はご遠慮ください。</li> <li>・危険物の持込により、事故が発生した場合は、当事者の自己責任として、その損害を賠償請求させていただきます。</li> </ul>
貴重品の管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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、職員にご相談ください。</li> <li>・私物には必ず記名をお願いします</li> </ul>
実習者・見学者ボランティア	<ul style="list-style-type: none"> <li>・当施設は、福祉の実習生や見学者を受け入れておりますので実習生、ボランティアが支援に携わることがありますが、ご了解ください。</li> <li>・見学者の写真撮影については、人権侵害のないよう万全の配慮をします。</li> </ul>
危険な行為の防止	<ul style="list-style-type: none"> <li>・落ち着いた生活を送っていただけるよう支援しますが、利用者の状態によって、他害や自傷、器物破損等が予測される場合は、刺激の少ない環境（個室等）に移っていただく場合があります。</li> <li>・園外への飛び出しや無届外出をすることが予想される場合は、利用者の安全確保のため、施設への出入口等を施錠することがあります。</li> </ul>
安全管理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設内には、安全管理のため防犯カメラが通路・静養室などに設置されています。データは、安全管理のため以外には、使用致しません。</li> </ul>

### 附 則

- この説明書は、平成18年10月 1日から施行する。
- この説明書は、平成19年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成20年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成21年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成22年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成22年10月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成23年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成24年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成25年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成26年 4月 1日から改正施行する。
- この説明書は、平成27年 4月 1日から改正施行する。

重要事項説明同意書

私は、本書面に基づいて「ライフステーションひまわり」の職員（職名： .....

職員名： .....）から、「重要事項説明書」の内容説明を受け、その内容について

同意したことを確認します。

平成 年 月 日

利用者 住所： 〒 .....

氏名： ..... 印

身元引受人等 住所： 〒 .....

氏名： ..... 印

続柄： .....

当施設は、..... 様に対する「日中一時支援事業」のサービス提供にあたり、

本書面に基づいて「重要事項説明書」の説明を行いました。

施設の名称： 障害者支援施設 ライフステーション ひまわり

施設の住所： 〒712-8041

倉敷市福田町福田2122-1

説明者職氏名： 職名 サービス管理責任者 氏名 松尾 美紀 印

重要事項説明同意書

私は、本書面に基づいて「ライフステーションひまわり」の職員（職名： .....

職員名： .....）から、「重要事項説明書」の内容説明を受け、その内容について

同意したことを確認します。

平成 年 月 日

利用者 住所： 〒 .....

氏名： ..... 印

身元引受人等 住所： 〒 .....

氏名： ..... 印

続柄： .....

当施設は、..... 様に対する「日中一時支援事業」のサービス提供にあたり、

本書面に基づいて「重要事項説明書」の説明を行いました。

施設の名称： 障害者支援施設 ライフステーション ひまわり

施設の住所： 〒712-8041

倉敷市福田町福田2122-1

説明者職氏名： 職名 サービス管理責任者 氏名 松尾 美紀 印