

生活介護事業「フローラなんだん」重要事項説明書

当事業所では、利用者へ障害者自立支援法に基づく、指定障害福祉サービス（生活介護）を提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付の障害者自立支援法における自立支援給付の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、当事業所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、当事業所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. 利用事業所	2
3. 事業実施地域	2
4. 営業時間	2
5. サービスに係る設備等の概要	3
6. 従業員の配置状況	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
8. サービスの利用に係る留意事項	7
9. サービス実施の記録について	7
10. 損害賠償保険への加入	8
11. 苦情の受付について	8

社会福祉法人 淡鳳会
(フローラなんだん)
当事業所は兵庫県の指定を受けています。
(第2811700117号)

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 淡鳳会
所在地	兵庫県淡路市野路貴船246番地1
電話番号	0799-82-3251
FAX 番号	0799-82-3253
代表者氏名	理事長 美摩 ひろ
法人の設立年月	平成12年12月11日
URL	http://www.mima-gr.jp/tanhou/index.html

2. 利用事業所

事業所の指定番号	平成21年10月1日指定 兵庫県2811700117号
事業所の名称と種類	フローラなんだん 生活介護
主たる対象者	特定無し
施設の所在地と連絡先	兵庫県南あわじ市賀集福井2051番地7
	電 話 番 号: 0799-50-2544
	FAX 番号: 0799-50-2546
管理者	松谷浩行
サービス管理責任者	厚美見世子
施設の運営方針	<p>利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、生活介護計画の作成により、入浴、排泄又は食事の介護、創作的活動の機会の提供、その他の便宜を適切かつ効果的に行います。</p> <p>また、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めます。</p> <p>サービスの提供にあたっては、地域との結びつきを重視し、市、他の障害福祉サービス事業者その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。</p>
事業所の開設年月	平成21年10月1日
利用定員	20人
併設施設	共同生活介護[ケアホームフローラなんだん]

3. 事業実施地域

兵庫県南あわじ市・洲本市・淡路市（※洲本市・淡路市については地域限定）

4. 営業時間

営業日	火・水・木・金・土・日（但し、12月30日から1月3日までを除く）
営業時間	午前8時30分～午後5時30分

5. サービスに係る設備等の概要

(1) 当事業所の施設整備の概要は以下のとおりです。

浴室	車椅子入浴装置・シャワー椅子・入浴用車椅子
便所	車椅子対応型便座・手摺
訓練・作業室	パソコン・作業台・作業工具セット・モニター電動ベッド・車椅子床走行式電動介護リフト
食堂・多目的室	テレビ・通信カラオケ・ビデオ・テーブル・椅子・洗面台
厨房	冷蔵庫
相談室	テーブル・椅子・ソファ

※厚生労働省が定める基準により障害福祉サービス（フローラなだん）のサービス提供に設置が義務づけられている設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(2) 施設・設備ご利用の注意事項

1. 火気の取扱に注意し、所定の場所以外では喫煙しないこと。
2. 建物、備品その他の器具を破損若しくは持ち出さないこと。

6. 従業員の配置状況

従業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。

当事業所では、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。

職種	配置数	指定基準
1. 管理者	1名	1名
2. サービス管理責任者	1名	1名
3. 医師	嘱託医1名	必要数
4. 看護職員	1名	1名以上
5. 理学・作業療法士	1名	必要数
6. 生活支援員	1名以上	1名以上（1名以上は常勤） （※1看護師+理学、作業療法士+生活支援員の合計が利用者数を6で除した数以上）

※職員数については、変動することがあります。

※生活支援員については併設施設（ケアホームフローラなだん）と兼務。

《その他、専門的な支援等に係る従業者の配置状況》

職種	
1. 生活支援員等の直接サービス提供に関わる職員（生活支援員、看護職員、理学療法士、作業療法士等）	当事業所では、「生活支援員」として配置している職員のうち、75%以上が常勤職員であり、専門的なサービス提供に努めています。
2. 理学療法士又は作業療法士	当事業所では、理学、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を提供しております。

<主な職種の勤務体制（標準的な時間帯における最低計上）>

職種	勤務体制
1. サービス管理責任者	8：30 ～ 17：30
2. 医師	隔週火曜日
3. 看護職員	8：30 ～ 17：30
4. 生活支援員	8：30 ～ 17：30
5. 理学、作業療法士	8：30 ～ 17：30

※勤務時間は変動することがあります。

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|-------------------------------------------------------------|
| ① 介護給付費等から給付されるサービス
② 利用料金の全額をご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

次頁に表示のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち 9 割が介護給付費等の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者は、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、介護給付費等が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合については、一旦全額を事業者にお支払い頂きます。

ただし、負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

《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、さまざまな課題の解決を目的として当事業所のサービス管理責任者が作成し、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くものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

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

- ・・・排泄の自立に必要な援助を行います
- ・・・入浴または清拭を行います

※利用者の身体の状況と希望等を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるようめざし、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。

ii 「食事の提供」

利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供します。当事業所の食事時間は次のとおりです。

（毎週：11：45～13：00）

iii 「個別的なリハビリテーション」

『6. 従業者の配置状況・《その他、専門的な支援等に係る従業者の配置状況》』に記載のとおり、〔理学療法士、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を提供しております。

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。

iv 「健康管理」

常に利用者の健康状況に注意し、嘱託医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行います。

嘱託医師による診察・治療 氏名：美摩 ひろ 診察日：隔週火曜日
 協力医療機関：医療法人社団 翠鳳会 翠鳳第一病院

v 「相談及び援助」

当事業所では、常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

vi 「創作的活動」

工作、陶芸、手芸等の創作的活動を支援します。

vii 「社会適応訓練」

パソコンなどの社会適応訓練を実施します。

viii 「レクリエーション」

ゲーム、カラオケ等のレクリエーションを実施します。

ix 「送迎」

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。

《サービス利用料金（1日あたり）》

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）を、利用者にお支払いいただきます。（別途、個別減免等の負担軽減措置がございます。）

	定員	所要時間	障害程度区分					
			① 利用料②介護給付費等から給付される金額 ③ サービス利用に係る自己負担額[定率負担]（1-2）					
			区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下	
サービス利用料金	11人以上 20人以下	3時間未満 ①	5,170円	3,860円	2,680円	2,390円	2,180円	
		3時間未満 ②	4,653円	3,474円	2,412円	2,151円	1,962円	
		3時間未満 ③	517円	386円	268円	239円	218円	
			3時間以上4時間未満 ①	6,460円	4,830円	3,350円	3,000円	2,730円
			3時間以上4時間未満 ②	5,814円	4,347円	3,015円	2,700円	2,457円
			3時間以上4時間未満 ③	646円	483円	335円	300円	273円
			4時間以上5時間未満 ①	7,740円	5,780円	4,010円	3,580円	3,270円
			4時間以上5時間未満 ②	6,966円	5,202円	3,609円	3,222円	2,943円
			4時間以上5時間未満 ③	774円	578円	401円	358円	327円
			5時間以上6時間未満 ①	9,040円	6,760円	4,690円	4,190円	3,810円
			5時間以上6時間未満 ②	8,136円	6,084円	4,221円	3,771円	3,429円
			5時間以上6時間未満 ③	904円	676円	469円	419円	381円

	6 時間以上 7 時間未満 ①	1,258 円	9,410 円	6,520 円	5,830 円	5,320 円
	6 時間以上 7 時間未満 ②	1,133 円	8,469 円	5,868 円	5,247 円	4,788 円
	6 時間以上 7 時間未満 ③	125 円	941 円	652 円	583 円	532 円
	7 時間以上 8 時間未満 ①	12,910 円	9,660 円	6,690 円	5,980 円	5,450 円
	7 時間以上 8 時間未満 ②	11,619 円	8,694 円	6,021 円	5,382 円	4,905 円
	7 時間以上 8 時間未満 ③	1,291 円	966 円	669 円	598 円	545 円
	8 時間以上 9 時間未満 ①	13,530 円	10,270 円	7,300 円	6,600 円	6,070 円
	8 時間以上 9 時間未満 ②	12,177 円	9,243 円	6,570 円	5,940 円	5,463 円
	8 時間以上 9 時間未満 ③	1,353 円	1,027 円	730 円	660 円	607 円

食事提供に係る自己負担額	30 円
リハビリテーションに係る自己負担額	20 円又は 48 円
送迎に係る自己負担額	10 円

※なお、上記の料金は、報酬算定基準の見直しによって増減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ご説明します。

※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といたします。

《生活介護サービス等を利用されなかった場合の対応について》

生活介護の通所による利用者が、何らかの理由で生活介護サービスを利用されなかった場合には、①家庭等への訪問による相談・支援、②電話等による相談・支援を実施しています。その場合にお支払いただく 1 日あたりの利用料金は、下記のとおりです。

①家庭等への訪問による相談支援（月 2 回まで）

内容	欠席時の対応<訪問>	
1. サービス利用料金	月 2 回を限度として、1 回あたり	
	①1 時間まで 円	1,870
	②1 時間を超えた場合 円	2,800

2. うち、介護給付費等から給付される金額	①1,683 円 ②2,520 円
3. 自己負担額（1－2）	①187 円 ②280 円

②電話等による相談・支援（月 4 回まで）

内容	欠席時の対応<電話等>
1. サービス利用料金	月 4 回を限度として、1 回あたり 940 円
2. うち、介護給付費等から給付される金額	846 円
3. 自己負担額（1－2）	94 円

《利用者が生活介護サービス等を利用されなかった場合の対応について》

通所により当事業所を利用されている利用者が、何らかの事情によりサービスの利用を取り消された場合等の対応は以下のとおりです。

サービス利用されなかった場合には、利用者及び家族の同意のもと、ご自宅等への訪問や電話等による相談・支援を行います。

①家庭等への訪問による相談・支援

常時サービスを利用されている利用者が、心身の状況の変化等により 5 日以上連続して利用されなかった場合、利用者の同意の下、その方のご自宅を訪問して、引き続きサービスをご利用いただくための支援や個別支援計画の見直し等を行います。

②電話等による相談・支援

急遽サービス利用を取り消された場合等、ご自宅等にお電話し、安否確認を含め必要な相談・支援を行います。

（2）介護給付費以外の対象サービス費

以下のサービスは、介護給付費の支給対象とならないため、ご利用の際は、ご利用者の別途利用料金をご負担いただきます。

なお、下記の所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない理由がある場合、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ご説明します。

① 食費	1 食 500 円 ...（但し、食事提供加算対象者が該当者については 400 円）...
② 熱水費	1 回 400 円
③創作的活動にかかる材料費	材料費の実費を負担願います。

《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 5 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの負担上限額
----	---------	---------------

生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が80万円以下の方	
低所得2	市町村民税非課税世帯	
一般1	市町村民税課税世帯（20歳未満）	9,300円
一般2	市町村民税課税世帯	37,200円

（3）利用料金のお支払い方法

前記（1）の料金は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに現金にてお支払い下さい。（2）については、その都度現金でお支払い下さい。

（4）サービス利用の取り消し（キャンセル）について

- ① サービス利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用日の前日17時30分までに事業所までお申し出下さい。
- ② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になってサービス利用の中止の申し出をされた場合、キャンセル料をいただく場合があります。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	食材料費相当額 1日 400円

8. サービスの利用に関する留意事項

（1）サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。その場合事後所は、変更したサービスの内容に応じたサービス利用料金を請求します。

（2）受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」、「障害程度区分」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに本事業所へお知らせ下さい。

9. サービス実施の記録について

（1）サービス記録実施の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にご内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお生活介護計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

（2）利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、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。）

10. 損害賠償保険への加入

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	ひょうご福祉サービス総合補償制度
補償の概要	サービス提供時における設備の欠陥や職員の不注意により、利用者等にケガや食中 毒を発生させたり、利用者等の所有物を破損させたなどの事故に対して事後所の 賠償・管理責任の補償

11. 苦情等の受付について

- （1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談サービスに対する苦情やご意見、利

用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専門窓口で受け付けます。

○受付時間 毎週火曜日～土曜日 8：30～17：30

○受付窓口

〔氏名〕 厚美見世子 〔職名〕 サービス管理責任者

○解決責任者

〔氏名〕 松谷浩行 〔職名〕 管理者

○第三者委員

〔氏名〕 清水公博 〔電話〕 0799502544（施設から取り次ぎ致します）

(2) 行政機関その他苦情受付機関

南あわじ市役所 福祉課	所在地 電話番号 F A X	南あわじ市市善光寺22番地1 0799-43-5216（代表） 0799-43-5316
その他市役所 障害福祉課	所在地 電話番号 F A X	
兵庫県運営適正化委員会	所在地 電話番号 F A X	神戸市中央区坂口通2丁目1-18 078-242-6868 078-242-0297

令和 年 月 日

指定生活介護サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名：フローラなんだん

説明者職名：サービス管理責任者

氏名：

Ⓜ

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護及び施設入所支援）の提供及び利用の開始に同意しました。

利用者住所：

氏名：

Ⓜ

代筆者住所：

氏名：

Ⓜ

（利用者との続柄： ）

身元引受人住所：

氏名：

Ⓜ

（利用者との続柄： ）

連絡先：電話番号

携帯電話

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。

