指定障害者支援施設　雑司谷

（施設入所支援・生活介護）

重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 敬心福祉会　池袋敬心苑

指定障害者支援施設　雑司谷　重要事項説明書

当事業では、ご利用者への施設入所支援、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。

1．サービスを提供する事業者

事業主体（法人名）	社会福祉法人 敬心福祉会
設立年月日	平成 8 年 2 月 15 日
代表者	理事長　小林 光俊
法人所在地	〒157-0064　東京都世田谷区給田 5-9-5
電話番号	03-3307-1165
FAX 番号	03-3307-1140

2．利用施設とサービスの目的・運営方針

事業所名	指定障害者支援施設　雑司谷
事業所の所在地	豊島区南池袋 3-7-8
事業所番号	東京都 1311600017 号
代表者	施設長　　齋藤 隆弘
サービス管理責任者	統括主任　渡邊　功
電話番号	03-5958-1176
FAX 番号	03-5958-1210
サービス提供地域	豊島区内
主たる対象者	身体障害者
サービスの種類 及び定員	・生活介護サービス（平日・9：00～17：00）　10 人 ・施設入所支援サービス　10 人
事業の目的	障害者支援施設として、障害者の充実した自立生活の実現を目的に、入浴、排泄及び食事の介護、日常生活上の助言や相談・支援、創作活動や生産活動、身体能力の維持・向上のための援助等を行います。
事業所運営の方針	関係法令を尊守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細やかな生活介護・施設入所支援サービスの提供を行います。

3. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 居室等

種　　類	内　　容
居室（1 人部屋）	11 室（1 室は短期入所）
浴室	特殊浴槽及び中間浴槽
相談室	1 室
医務室	1 室
スタッフステーション	1 室
食堂	1 室
機能訓練室	1 室
事務室（1 階）	1 室

※ 各居室には洗面台とトイレが完備されています。

(2) 職員体制

職　種	員数	常勤		非常勤		常勤換算
		専従	兼任	専従	兼任	
施設長	1		1			0.2
サービス管理責任者	1	1				1.0
配置医師	1			1		0.1
生活支援員	3		7		1	7.0
看護職員	1	1				1.0
歯科衛生士	1			1		0.1
管理栄養士	1	1				1.0

※ 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。

(3) 職員の勤務体制

職　種	勤務体制
施設長	日勤勤務　08：30～17：30
サービス管理責任者	日勤勤務　08：30～17：30
生活支援員	日勤勤務　08：30～17：30 早番勤務　07：00～16：00 遅番勤務　10：00～19：00　/　12：00～21：00 夜勤勤務　16：30～09：30
配置医師	非常勤
看護職員	日勤勤務　08：30～17：30（休日夜間も対応）
管理栄養士	日勤勤務　08：30～17：30
宿直（外部委託）	夜勤勤務　17：30～08：30

4. サービス提供の内容

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、ご利用者の方、又はご家族の同意を頂きます。なお、「個別支援計画」の写しはご利用者、ご家族の方にお渡しします。

(1) 施設入所支援事業・生活介護事業（自立支援給付費対象サービス）

① 相談及び支援

ご利用者及びそのご家族が希望する生活やご利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、支援等を行います。

② 食事の提供（食事の提供に要する費用は別途いただきます）

（時間）

・朝食　　7：45 ～ 8：30
・昼食　　12：00 ～ 13：00
・おやつ　　15：00
・夕食　　18：00 ～ 19：00

（提供場所）

・原則、食堂での提供となります。ただし、体調不良の場合はこの限りではありません。尚、外出等で延食をご希望された場合、食事提供開始時間から 2 時間以上経過した場合は、衛生管理上食事の提供が出来ませんので予めご了承願います。

（食事形態）

・常食、刻み食、極刻み食、ペースト食、ミキサー食の食事を提供いたします。

（病態食）

・糖尿食（カロリー制限食）、減塩食等の食事を提供いたします。

③ 入　浴

入浴は、毎週 2 回行います。ご利用者のご希望等を伺った上、個々の身体状況に応じて下記の浴槽で週 2 回入浴していただけます。

（浴槽タイプ）　中間浴槽・特殊浴槽

※入浴が困難な場合には清拭や衣類の交換などの代替サービスとなります。

④ 排　泄

障害の状況や身体の状況により適切な方法で、トイレへの誘導、オムツの交換等を行います。尚、交換に伴う紙オムツ代は支給対象となっており、実費はかかりません。（随時個別対応を基本とし、トイレへの誘導、オムツ交換等を行い、紙オムツを個々の状態に応じて使用します）

⑤ 洗濯及び着脱衣

普段着、寝巻き、下着等を施設内の大型洗濯機・大型乾燥機を使用して洗濯し、お部屋までお届けします。尚、当施設では、衛生管理上の観点から消毒を行っておりますので、衣類によっては変色する場合があります。また、消耗した衣類や汚染でひどくなったもの（血液・嘔吐物・汚物等）は衛生管理上、破棄する場合がありますので予めご了承願います。

※ 収納に限りがありますのでご家族には定期的に衣替えをお願い致します。

※ 衣類には、必ず記名（油性マジック）をお願いいたします。また、クリーニング専門店での洗濯が好ましい衣類については、当施設で対応できませんのでご了承願います。

⑥ 行　事

各種季節行事をはじめ外出行事を行います。また、ご家族も参加できる行事もご用意しています（別途、ご連絡いたします）尚、行事内容によっては、一部自己負担いただく場合がございます。

⑦ 社会的活動の支援

ⅰ）機能訓練

・作業療法士（または、理学療法士）による集団プログラムの実施を致します。また、必要に応じての個別指導を行います。

・個々に応じた機能訓練計画を作成しこれに基づきサービス提供致します。

・個人のご希望で行う作業療法については、一部材料費が生じる場合があります。

ⅱ）余暇活動

・音楽療法士によるミュージックセラピーや自由参加のレクリエーションプログラム等があります。

⑧ 医療・健康管理

ⅰ）医　療

・嘱託医師による回診を行います。（原則、隔週月曜日午後）

・冬季には希望によりインフルエンザワクチンの予防接種を実施致します。（申込みについては、別途ご案内いたします）

ⅱ）健康管理

・日中、看護師が常駐し健康管理や薬の管理を行います。健康管理等で何かわからないことがあればいつでも看護師にご相談ください。

・年２回、健康診断を行います。

⑨ 緊急時の対応及び当施設の協力医療機関

当施設では、ご利用者の体調不良による緊急時の対応として、次の通り対応致します。

ⅰ）ご利用者に急変があった場合は、施設は、原則、かかりつけ医や過去に受診歴のある救急指定を受けた医療機関へ救急搬送いたします。
ただし、医療機関側の事情で受入困難な場合は、救急隊の判断による医療機関（協力医療機関を含む）へ搬送を致します。

ⅱ）救急搬送となった際は、あらかじめ届出のある連絡先にご連絡いたしますので、すみやかに救急搬送先医療機関までお越し下さい。

ⅲ）搬送先医療機関で入院となった場合、差額ベッド代（個室等）のかかる病室に入院となる場合があります。施設では、救命を第一に対応させていただきますので予めご了承下さい。緊急連絡先に変更等が生じた場合は、サービス管理責任者までご連絡下さい。

⑩ 入院中の取扱いについて

ⅰ）入院中は、各医療機関の指示に従ってください。入院時の各種手続きおよび入院中の対応は、ご家族での対応となります。尚、入院中は治療の様子を施設までご連絡いただきますようお願い致します（特に退院後、医療的処置等を有する場合、もしくは、必要と判断される場合は、状況により受け入れが困難な場合がございます)。

ⅱ）入院後 8 日経過した日より退院までの間、契約は一時中断となり、短期入所事業（ショートステイ）で空床利用する場合があります。

※ 当施設の協力医療機関

医療機関名	一心病院
所在地	〒171-0004　東京都豊島区北大塚 1-22-7
TEL 番号	03-3918-1215
FAX 番号	03-3918-1224

(2) 自立支援給付対象外サービス

下記のサービスについては、給付費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、全額所定の料金をお支払いいただきます。

項　目	単位	金　額
給付対象サービスのご利用者負担額（※1）	1月	円
食事の提供に要する費用（食費）（※2）	1日	1,490円
居住に要する費用（光熱水費）	1月	10,000円
特定障害者特別給付費の支給額	1日	円
預り金等管理費	1日	50円
創作的活動に要する費用		実　費
外出交通費（公共交通機関）（※3）		実　費
外出交通費（施設所有車両）（※3）	1km	50円
各種書類等のコピー代（モノクロ）	1枚	10円
各種書類等のコピー代（カラー）	1枚	50円
証明書等の発行費用	1通	200円
電化製品の居室への持込（テレビ）（※4）	1月	500円
手紙・荷札等代筆サービス代	1枚	200円
クリーニング代（※5）		実　費
医療消耗品（※6）		実　費
理美容・訪問理美容店（※7）		実　費
嗜好品及び日用品費		実　費

※1　原則、指定施設支援に要した費用の1割。月額負担上限額については、区市町村長が定めた額

※2　食費は日額請求とさせて頂きます
（食費の内訳）朝食 300円　昼食 650円　夕食 540円　合計1,490円

※3　ご利用者の希望による外出等にかかる交通費

※4　電化製品1台あたりの金額

※5　ご希望による外部クリーニング業者に依頼の場合

※6　ご利用者が個人的・日常的に使用する医療用衛生材料。ガーゼ、フィルム、カテーテル等など。(インフルエンザワクチン等の予防接種も含む)

※7　カット・パーマ等により料金は異なります

① 概ね１万円以上の多額の現金を居室に置かれている場合、トラブル防止の観点から上記預り金等管理サービスのご利用をお勧め致します。
② 郵便物発送代行、銀行振込・コンビニ支払代行、買い物代行、軽微な車いすの修理、衣類のボタン付け、電子機器の設定等は給付対象サービスに挙げられておりませんが、対応可能な範囲で支援します。
ご利用者の公平性に配慮し順次対応しますが、希望日時や利用店舗の指定にはお応えでき兼ねる場合があることを予めご了承頂くとともに、ご家族の方でもご協力の程宜しく願い致します。
③ 特定障害者補足給付費が設定されている場合は、食事代・光熱費の負担額が軽減されます。

(3) ご利用料金（自立支援給付費対象外となるご利用料金）
① 生活介護サービス

該当	項　目	ご利用者負担額 (1 割分)
	生活介護サービス（区分 6）※８時間以上９時間未満	1,889 円/日
	（区分 5）	1,326 円/日
	（区分 4）	918 円/日
	（区分 3）	822 円/日
	福祉専門職員等配置加算（Ⅰ）	16 円/日
	（Ⅱ）	11 円/日
	（Ⅲ）	6 円/日
	人員配置体制加算Ⅱ（Ⅰ）	297 円/日
	（Ⅱ）	237 円/日
	（Ⅲ）	221 円/日
	常勤看護職員等配置加算（Ⅱ）	33 円/日
	初期加算	33 円/日
	リハビリテーション加算（Ⅰ）	53 円/日
	（Ⅱ）	22 円/日
	利用者負担上限額管理加算（月 1 回を限度）	168 円/日
	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）※令和 8 年 6 月 1 日より （1 月につき＋所定単位×97／1000） （所定単位は、基本報酬及び各加算を算定した単位数の合計）	

② 施設入所支援サービス

該当	項　目	ご利用者負担額 (1 割分)
	施設入所支援サービス（区分 6）	524 円/日
	（区分 5）	443 円/日
	（区分 4）	357 円/日
	（区分 3）	270 円/日
	（区分 2 以下）	196 円/日
	入院時支援特別加算（対象日数が 4 日未満）	635 円/日
	（対象日数が 4 日以上）	1,270 円/日
	入所時特別支援加算（入所日から 30 日を限度）	33 円/日
	入院・外泊時加算（Ⅰ）	362 円/日
	（Ⅱ）	216 円/日
	地域移行加算　（中 1 回、退所後 1 回を限度）	566 円/日
	栄養マネジメント加算	13 円/日
	経口移行加算	31 円/日
	経口維持加算（Ⅰ）	31 円/日
	（Ⅱ）	5 円/日
	療養食加算	26 円/日
	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰロ）※令和 8 年 6 月 1 日より （1 月につき＋所定単位×193／1000） （所定単位は、基本報酬及び各加算を算定した単位数の合計）	

5. ご利用料金のお支払い方法

当該月分のご利用料金は、翌月 25 日までに請求書を送付してご通知し、末日にご指定の口座から引き落としさせていただきます。

6. 入・退所の手続き

(1)入所手続き

サービス内容をご確認の上、入所手続きをしてください。

(2)退所の希望の手続き

ご利用者及びご家族の希望で退所される場合は、退所を希望する日の 30 日前までにサービス管理責任者までお申し出下さい。なお、退所時はご利用者の所有物を全てお引取りください。また、退所後　　1ヶ月以内に引取先が不明な場合、もしくは引き取らない場合は、当施設は、所有権を放棄したものとみなして処分します。

7. 当施設のサービスの特徴等

(1) 運営の方針

平成 24 年度より障害者自立支援法に基づく新事業体系に移行し、障害者支援施設として施設入所支援施設、生活介護の事業と併設の短期入所事業のもと、ご利用者の自立を意識した支援に移行し、「自己選択・自己決定」を尊重した生活支援を行います。また、特別養護老人ホーム併設の小規模施設としての特性を活かし、ご利用者が『雑司谷』やそれを囲む地域の中で「自分らしく、安心して、のびのび」と生活することができる支援とサービスの質の向上に努めます。

(2) サービス利用にあたっての留意事項

① ご面会時間

毎日午前 9：00　～　午後 8：00 まで

それ以外の時間帯でご面会を希望される場合は、事前にご連絡をお願いします。

② 外出、外泊について

外出、外泊の際は、なるべく事前に所定の用紙にご記入いただき届け出を行ってください。

(3) 飲酒、喫煙

喫煙は決められた場所でお願いします。全館禁煙です。受動喫煙防止の観点から、原則ご自身で対応可能な場合とさせて頂きます。飲酒は禁止とさせていただいております。

(4) 持ち込み品

下記の物品の持ち込みは、禁止しております。

・刃物（ナイフ、包丁類）　・その他、施設長が危険と判断した物品

8. 非常災害対策

防災時の対応	消防計画に基づく
防災設備	スプリンクラー、消火器、補助散水栓、非常階段 非常放送設備、非常警報機
防災訓練	年 2 回以上（春、秋に実施）
防火管理者・防災管理者	施設長　齋藤 隆弘

9. 事故発生時の対応について

サービス提供により事故が発生した場合、あらかじめ届出のある緊急連絡先に速やかに連絡しご報告いたします。また、事故やご利用者の状況により医療機関への受診等の対応を行います。尚、緊急性の高い場合は、「4. (1) ⑨緊急時の対応及び当施設の協力医療機関」に記載しているとおり対応いたします。

10. 虐待防止に関する措置

事業者は虐待防止のための倫理要綱、行動規範等を定め、職員に周知徹底させます。

虐待防止の啓発・普及のための研修を実施し、人権意識を高めて職員の資質向上に努めます。

11. 記録とその開示

事業者は関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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、ご利用者の負担となります。)

(1) 当事業所における記録の項目は次の通りです。

① 個別支援計画
② サービス提供の具体的な内容
③ ご利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた区市町村への通知事項

・保存期間は、サービス提供完了日から 5 年間です。
・閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前 9：00～午後 17：00 です。

12. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任によりご利用者に損害を及ぼした場合、事業者はその損害を賠償します。ただし、その損害の発生について、ご利用者に故意又は過失等が認められる場合には、損害賠償責任を減じる場合があります。

13. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 施設内の苦情相談窓口

担当者	サービス管理責任者　渡邊　功
連絡先	03-5958-1176

(2)「声の箱」の設置

2 階掲示板横に設置しています。

書面によるご意見はこちらにお願い致します。

(3) 第三者委員の設置

当施設では、中立・公正性を目的に第三者委員を設置しており、ご意見　を第三者委員に直接申し出ることもできます。施設内に掲示しておりますのでご覧下さい。

第三者委員	相澤 和彦　/　唐澤 江里子

(4) 施設外の苦情相談窓口

① 豊島区

豊島区障害福祉課 身体障害者支援第一・第二グループ	住　　所　豊島区南池袋 2-45-1 電　　話　03-3981-2141 03-4566-2442 受付時間　月曜日～金曜日　8:30～17:15
豊島区東部障害支援センター	住　　所　豊島区南大塚 2-36-2 電　　話　03-3946-2511 受付時間　月曜日～金曜日　8:30～17:15
豊島区西部障害支援センター	住　　所　豊島区千早 2-39-16 電　　話　03-3974-5531 受付時間　月曜日～金曜日　8:30～17:15

② 江戸川区

江戸川区障害福祉課 身体障害者相談係	住　　所　江戸川区中央 1-4-1 電　　話　03-5662-0052 受付時間　月曜日～金曜日　8:30～17:00

③ 東京都

東京都国民健康保険団体連合会	住　　所　千代田区飯田橋 3-5-1 東京区政会館 11 階 電　　話　03-6238-0177 受付時間　9:00～17:00　土日祝除く
東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	住　　所　千代田区神田駿河台 1-8-11 東京 YWCA 会館 3 階 電　　話　03-5283-7020 受付時間　月曜日～金曜日　9:00～17:00

私は、障害者支援施設サービス（施設入所支援施設・生活介護）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明日	令和　　年　　月　　日

説明者

事業者名　社会福祉法人 敬心福祉会　障害者支援施設　雑司谷
住　所　〒171-0022　東京都豊島区南池袋 3 丁目 7 番地 8 号

代表者氏名　施設長　　齋　藤　隆　弘　　㊞

説明者氏名　サービス管理責任者
統括主任　渡　邊　　功　　㊞

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、障害者支援施設サービス（施設入所支援施設・生活介護）の提供開始に同意しました。

ご利用者

住　所
氏　名　　㊞

（代筆：　　）

代理人　（または身元引受人）

住　所
氏　名　　㊞

（ご利用者との続柄：　　）