「障害者支援施設　つばさ」重要事項説明書

本重要事項説明書は、社会福祉法人　札幌恵友会　障害者支援施設つばさ（以下、「事業所」といいます。）とサービス利用契約の締結を希望される方（以下、「利用者」といいます。）に対して、社会福祉法第 76 条及び第 77 条に基づき、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。

※当施設では、利用者に対して「生活介護」ならびに「施設入所支援」を提供します。当サービスの利用は、原則として障害者総合支援法における自立支援給付の介護給付費について支給決定を受けた方が対象となります。

◇ ◆ 目 次 ◆ ◇

１．事業者の概要..... ２
２．事業所の概要..... ２
３．事業所の設備等の概要..... ３
４．事業所の職員配置状況..... ４
５．職員の勤務体制 ４
６．事業所のサービス内容..... ５
７．利用料金..... ６
８．利用者が入院された場合の対応について..... ９
９．ご利用に際し留意いただきたい事項..... １０
１０．利用者の記録や情報の管理、開示について..... １１
１１．非常災害時の対応..... １１
１２．ご意見・苦情への対応、虐待防止について..... １１
１３．事故発生時と緊急時の対応と協力医療機関..... １２
１４．第三者評価の実施について..... １３

社 会 福 祉 法 人　　札 幌 恵 友 会
障害者支援施設　　つ　　ば　　さ

当事業所は障害者支援施設・生活介護の指定を受けています。
（平成 21 年 11 月 1 日指定　第 0110100468 号）

1　事業者の概要

名称	社会福祉法人　札幌恵友会
法人所在地	北海道札幌市北区新川 715 番地 2
電話番号	011-769-6868
代表者氏名	理事長　宮坂　勝文
設立年月日	昭和５２年１１月７日

2　事業所（施設）の概要

施設の名称	つばさ
事業所番号	0110100468（平成 21 年 11 月１日指定）
事業所の所在地	北海道札幌市中央区南８条西２６丁目１番２
事業所の電話番号	０１１－５３１－５０００
事業所のＦＡＸ番号	０１１－５３１－５２００
管理者	施設長　　竹田　茂人
サービス管理責任者	相談支援課　　米澤　尚子
事業所の目的	生活介護の対象者に対し、日中活動と合わせ、夜間における入浴排泄又は食事の介護等を提供すること、また、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必要な介護・支援を提供する。
開設年月目	平成 13 年 4 月 23 日
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者・難病等
事業所の種類と定員	生活介護（３５名）、施設入所支援（２０名）
運営方針	全国身体障害者施設における基本理念「最も援助を必要とする最後の一人の尊重」「可能性の限りない追求」「共に生きる社会づくり」の実現するために １ 質の高いサービスを提供する。 （１） 基本的人権を尊重し、QOL を重視したケアを提供する。 （２） 安全・安心・快適なサービスを提供する。 （３） 利用者自身の自己決定と自己実現のもとに可能な限り自立した生活を支援する。 （４） ご意見・苦情を積極的に受け入れ、サービス改善に生かす。 ２ 職員の資質の向上を図る。 （１） 自己研鑽、研究・研修活動により専門的な知識と技術と価値観を持って、資質の向上を図る。 ３ 地域福祉に貢献する。 （１） 関連機関・団体、地域住民等とともに、良質なサービスを提供、開発する。 （２） 福祉教育へ協力する。 （３） 福祉関連情報を発信する。

３　事業所の設備等の概要

（１）　居室

居室の種類	室　数	一人当たりの広さ	収納スペース	備　考
個室（１人部屋）	４室	16.56 ㎡	・タンス ・クローゼット	・洗面台
２人部屋	１０室	12.68 ㎡	・タンス ・クローゼット	・洗面台 （冷蔵庫）

居室については、利用者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

（２）その他の設備の概要

当施設では、居室以外に下記の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、指定生活介護ならびに施設入所支援のサービス提供において配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。

設備の種類	室　数	備　考
食堂	1	
浴室	2	一般浴室（昇降機付）・特殊浴室
相談室	1	
医務室	1	
静養室	1	
休憩室	1	
集会室	1	
洗面所	1	
便所	9	
機能回復訓練室	1	
社会訓練室	1	
作業訓練室	1	
洗濯室	1	業務用洗濯機２台　業務用乾燥機２台 家庭用洗濯機１台

（３）居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

（４）施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所において、居室その他の施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意下さい。

１）居室及び共用施設・敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

２）指定した場所以外での喫煙・火気の使用は出来ません。

３）ペットや危険物等は持ち込むことができません。

４　事業所の職員配置状況

職　種	常　勤（人）	非常勤（人）
施設長（管理者）	１名（兼務）	
施設医長		１名
サービス管理責任者	２名（うち１名兼務）	
生活支援員	人員配置基準内 （生活介護職員兼務）	
看護師	人員配置基準内 （うち兼務１名）	
管理栄養士	１名（兼務）	
理学療法士	１名（兼務）	
事務員	３名（うち兼務２名）	

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職員として、上記職種の職員を配置しています。主な職員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を尊守しています。

５　職員の勤務体制

職　種	勤務体制
施設長（管理者）	毎週月曜～金曜　9:00～17:20
施設医長	毎週月曜　9:30～12:00
生活支援員	早朝：　7:30～15:30 日中：　9:00～17:00 遅番：11:00～19:00 夜勤：16:30～ 9:30　（状況に応じ、勤務時間に変動があります）
看護師	毎週月曜～日曜日　8:40～17:00
管理栄養士	毎週月曜～金曜日　9:00～17:20
理学療法士	毎週月曜～金曜日　9:00～17:20
事務員	毎週月曜～金曜日　9:00～17:20

土日・祝日・年末年始については、上記体制と異なります。

６　事業所のサービス内容

≪サービスの概要≫

すべてのサービスは、「個別生活支援計画」に基づいて行われます。この「個別生活支援計画」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本事業所のサービス管理責任者が作成し、個別支援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、「個別生活支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

（１）介護給付費対象サービス

介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって、自立支援・日常生活充実のための介護を提供します。 ① 食事　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。原則としては、食堂にて食事をとっていただきます。 （食事時間）朝食　８：００～ 昼食　１２：００～ 夕食　１８：００～ ② 入浴　週２回　利用者の身体状況や希望等により、必要に応じて対応します。 ③ 排泄　利用者の状況に応じて適切な方法で排泄支援を行うとともに、排泄の自立にむけた支援を行います。 ④ 整容　個性を尊重しながら、身だしなみが整えられるよう支援します。 ⑤ 着脱衣　利用者の状況に応じて支援するとともに、着脱衣の自立に向けた支援を行います。 ⑥ 口腔ケア　歯みがき等の口腔ケアについて利用者の状況に応じて支援するとともに、口腔ケアの自立に向けた支援を行います。 ⑦ 睡眠　快適な環境を整えるとともに、安眠できるよう支援します。
健康管理	日常生活上必要な健康状態のチェックや服薬、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行います。 健康診断は年２回行います。
個別的なリハビリテーション	身体機能、生活能力の維持・向上のためのリハビリテーションを行います。理学療法士により利用者ごとの希望やリハビリテーション計画に基づいた個別的なリハビリテーションを提供します。
余暇活動	レクリエーションや作業活動、創作的活動、クラブ活動など適宜実施することにより、余暇活動の充実を図ります。 また、希望により地域住民やボランティアとの交流・催し物へ参加することができます。
相談及び支援	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・支援等を行います。 その他、日常生活に必要な行政機関等への手続きや申請等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。

（２）介護給付費対象外サービス

食事サービス	利用者の希望に応じて食事の提供を行います。 管理栄養士の立てる献立表により、バランスのとれた栄養と利用者の身体状況や健康、嗜好に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 利用者が施設で提供する食事をされた場合にかかる料金は以下のとおりです。 ・ １日：１，５４０円 朝食：４００円 昼食：６２０円 夕食：５２０円 なお、収入に応じ、特定障害者特別給付費として支給され、食費・光熱水費が減額されます。
光熱水費	施設利用にかかる光熱水費は次のとおりです。 ・１日：２６０円
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活用品の購入代金等や日常生活に要する費用で負担していただくことが適当であるものについて費用をいただきます。 ①日用品費　②保健衛生費　③教養娯楽費
余暇活動	余暇活動の一環として取り組まれる創作的活動やクラブ活動などを行う上で必要な費用について、利用者に負担していただくことが適当な費用は、実費負担していただきます。（個人的作品等） また、外出レクやショッピング等でかかる費用については、利用者負担となります。
理美容サービス	当事業所にて、第１・３土曜日に理容・美容サービスを実施します。 費用は実費負担となります。
預かり金等	当事業所において定める預り金等管理規程のとおり、預かり金等や立替払いを行うことができます。
その他	健康管理に必要な費用など、実費負担となります。 また、実費負担等あれば、事前に利用者・家族に相談させていただきます。

７　利用料金

（１）　介護給付費対象サービス利用料金　（契約書第５条参照）

介護給付費対象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割が介護給付費の支給対象となります。事業者が介護給付費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。障害福祉サービス受給者証をご確認下さい。

＜サービス提供にかかる基本的な利用料金（１日あたり）＞

利用者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）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。）改定時は、厚生労働大臣の定める基準により算出した額となります。

① 施設入所支援ご利用の場合（１日あたり）

別表参照

② 生活介護ご利用の場合（１日あたり）

別表参照

ご負担いただく金額については、市区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、及び食費、光熱水費といたします。

＜専門的な支援等にかかる利用料　※加算分（１日あたり）＞

前項の基本的なサービス利用料金以外に、専門的な支援を行う場合又は人員配置等の体制に配慮した場合などにおいて、ご利用されるサービスごとに利用者負担額が必要となります。改定時は、厚生労働大臣の定める基準により算出した額となります。

① 施設入所支援にかかる加算

別表参照

② 生活介護にかかる加算

別表参照

＜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、所得に応じて下表のとおり４区分の月額負担上限額が設定され、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。

区分	世帯の収入状況	１か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	市町村民税非課税世帯	０円
一般	市町村民税課税世帯	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）。

〔食費等実費負担の軽減について〕

・施設入所支援における食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置

《20 歳以上で施設入所支援を利用する場合》

食費・光熱水費の実費負担をしても、少なくとも手元に 25,000 円（障害基礎年金１級受給者や 60～64 歳以上の方は 28,000 円、65 歳以上の方は 30,000 円、65 歳以上の身体障害者療護施設・障害者支援施設利用者のうち、日中活動事業として生活介護を利用する者は 28,000 円）が残るように特定障害者特別給付費（補足給付）が支給されます。

《20 歳未満で入所施設を利用する場合》

地域で子どもを養育する費用（低所得世帯、一般１は５万円、一般２は７．９万円）と同様の負担となるように補足給付が行われます。

〔その他の軽減措置について〕

利用者負担を行うことにより、生活保護世帯の対象に該当する場合は、生活保護の対象とならない額まで定率負担の月額上限額や食費等実費負担額を引き下げることができます。

（２） 介護給付費支給対象外サービスの利用者負担額　（契約書第５条参照）

下記のサービスについては、介護給付費の給付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、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ご説明します。

食費	別表参照
光熱水費	別表参照
理美容費	実　費
クリーニング代	実　費
クラブ活動費等	実　費
健康管理費（インフルエンザ予防接種費用等）	実　費

この他、特別な食事に係る費用や介護給付費から支給されない日常生活上の諸費用、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、実費について利用者の負担となります。

（３）サービス利用の取り消し（キャンセル）について（契約書第 18 条）

ご利用者が、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。　当日になって利用のキャンセルの申し出をされた場合、下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し、体調不良等やむをえない場合の取消料はいただきません。

食費の実費相当額１日あたり	1,540 円

（４）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）及び（３）の利用料金・費用は、１か月ごとに計算し、請求させていただきますので、翌月２７日までに以下の方法でお支払い下さい。

お支払いは、金融機関の利用者口座からの自動引き落としとなります。別途手続きが必要となります。

ご利用できる金融機関：ゆうちょ銀行、北海道銀行、北洋銀行など

また、その他のお支払い方法を希望される場合には、個別にご相談下さい。

８　利用者が入院等された場合の対応について

当事業所に利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じた場合、または外泊時の対応は、以下の通りです。（契約書第 16 条）

また、この入院・外泊の期間中、利用者の同意をいただいて、居室等を当事業所が実施する短期入所等のサービスに活用することがございます。

①入院、外泊の場合

ア．10 日以内の短期の入院・外泊について

10 日（入退院日を含む連続した９泊）以内の短期入院等の場合、所定の利用料をご負担いただきます。（利用料について別表参照）
ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。

イ．上記の期間を超える入院・外泊について

入院月を含めて３ヶ月までの入院・外泊については、所定の利用料をお支払いいただきます。（利用料について別表参照）
ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。

ウ．入院・外泊時に一定の支援を希望される場合

① 長期にわたる入院が必要な利用者に対し、家族等が支援することが困難である場合に下記の利用料をご負担いただきます。（月１回）
② 長期間にわたる入院または外泊した利用者に対し、週１回以上訪問し、被服の準備や連絡調整、日常生活の支援、相談支援などを行った場合、所定の利用料をご負担いただきます。
各利用料について、別表参照

②退院後のご利用について

入院後、3ヶ月以内に退院された場合には、原則として、退院後再び入院前と同じサービスをご利用できます。ただし、入院時に予定されていた退院日よりも早く退院された場合等、退院時に事業所の受け入れ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。

③3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、当事業所を再び優先的に利用することはできません。

9　ご利用に際し留意いただきたい事項

面会	面会は事前の連絡をお願いします。 また、施設の状況により制限・規制をさせていただくことがございます。
外出・外泊	外出・外泊は事前の連絡をお願いします。また、施設の状況により制限・規制をさせていただくことがございます。
飲酒	健康上の問題なく、主治医の許可が必要です。マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。
喫煙	喫煙室は、ございません。
居室等の利用	当施設内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合、その賠償をしていただくことがあります。
宗教活動等	利用者の思想，信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動・各種営業等はご遠慮ください。
動物の飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育については、保健衛生管理上ご遠慮ください。
貴重品の管理	利用者の責任において管理していただきます。 自己管理が難しい利用者につきましては、預り金管理サービスをご利用いただけます

10　利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第８条第３、６項参照）

当施設は、個人情報保護法等の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は、午前９：00～午後５：00 です。

11　非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理者	新谷　昌士
避難訓練	年２回実施します。
防災設備	・　スプリンクラー　・排煙装置・防火扉・非常通報装置 ・　ガス漏れ報知器　・防災監視盤

12　ご意見・苦情への対応、虐待防止について

（１）ご意見・苦情受付担当者

担当者	支援課課長　　米澤　尚子
電話番号	011-531-5000
受付時間	9:00～17:00　月曜日から金曜日

ご意見・苦情は別紙「ご意見・苦情解決体制フロー図」のとおり、施設長以下全職員が随時受け付け、誠意をもって対応いたします。

（２）第三者委員

利用者は第三者委員より中立的な立場で助言・指導等を受けることができます。

＜社会福祉法人　札幌恵友会　第三者委員一覧＞

利用者は、当施設へのご意見や苦情は「第三者委員」に直接申し出ることができます。

所　属	氏　名	連　絡　先
水口法律事務所　札幌恵友会顧問弁護士	水口（みずぐち）　絢次（けんじ）	電話：011-699-5033
新川町内会　会長	龍瀧（りゅうたき）　良之（よしゆき）	電話：011-763-5799

（３）行政機関その他の苦情受付機関

札幌市中央区役所 保健福祉部保健福祉課	所在地　札幌市中央区大通２丁目 電話番号　011-205-3304 受付時間　8:45～17:15
札幌市役所 保健福祉局障がい保健福祉部 障がい福祉課	所在地　札幌市中央区北１条西２丁目札幌市役所本庁 3F 電話番号　011-211-2938 受付時間　8:45～17:15
北海道福祉サービス運営 適正化委員会	所在地　札幌市中央区北２条西７丁目 電話番号　011-204-6310 受付時間　8:45～17:15

12-2 虐待の防止について

当施設は、利用者の人権の擁護・虐待の防止のため、次に掲げる必要な措置を講じます。

・虐待防止に関する責任者を選定しています。

【虐待防止に関する責任者　管理者　竹田茂人】

・虐待防止に係る委員会の定期的な開催、指針の整備を行います。

・従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

虐待防止に関する相談窓口

担当	拘束虐待委員会
電話番号	011-531-5000
受付時間	9:00～17:00　月曜日から金曜日

13 事故発生時の対応について

(1) 事故が発生した場合、またそれに至る危険性がある事態が生じた場合に、当該事実が報告され、その分析を通じた改善策を職員に周知徹底する体制を整備します。

(2) 事故発生の防止のための委員会及び職員に対する研修を定期的に行います。

(3) サービス提供により事故が発生した場合、必要に応じて速やかに市町村、家族等に連絡を行います。また、事故の状況及び事故に際して採った処置について記録します。

(4) 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。

(5) 事故が生じた際はその原因を解明し、再発防止を防ぐための対策を講じます。

13-2 緊急時の対応と協力医療機関

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医師に連絡を取る等必要な処置を行うとともに、あらかじめ届けられた連絡先に、可能な限り速やかに連絡します。

【緊急連絡先】

氏　　名	（　続柄　：　　）
住　　所	
電話番号	

【指定医療機関】

医療機関の名称	
診　療　科	（　担当医　：　　）
所　在　地	
電　話　番　号	

【協力医療機関】

医療機関の名称	医療法人　札幌中央病院（内科、整形外科、泌尿器科など）
所　在　地	札幌市中央区南９条西１０丁目１－５０
電　話　番　号	０１１－５１３－０１１１
医療機関の名称	医療法人ライブフォレストあお心のクリニック（精神科、心療内科など）
所　在　地	札幌市北区北１０条西４丁目１－１３クレドメディカルビル３～４Ｆ
電　話　番　号	０１１－７８８－７６６４
医療機関の名称	パールヤマダ歯科
所　在　地	札幌市中央区南６条西２２丁目３－４４
電　話　番　号	０１１―５６２―８１１０

その他、歯科や皮膚科往診等も近隣の医療機関にて必要に応じて診療を受けることができます。

14 第三者評価の実施について

実施の有無　なし

令和　　年　　月　　日

指定障害者支援施設に関するサービス（生活介護および施設入所支援）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。

事業所

（事業所名）　　障害者支援施設　つ　ば　さ

（住所）　　札幌市中央区南 8 条西 26 丁目 1 番地 2

（代表者名）　　施 設 長　　竹田　茂人　　印

（説明者名）　　サービス管理責任者　　米澤　尚子　　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）　　印

（代理人または立会人等）

（住所）

（氏名）　　印

この重要事項説明書は、社会福祉法第 76 上及び第 77 条に基づく、厚生労働省令 171,172 号（平成 18 年 9 月 29 日）の規定により、利用申込者また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。

令和 7 年 4 月改定