

障がい者活動センター オガリ作業所
(指定生活介護事業所)
重要事項説明書

社会福祉法人 ライフサポート協会

障がい者活動センター オガリ作業所（生活介護） 重要事項説明書

あなたに対する生活介護サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 ライフサポート協会
所 在 地	大阪市住吉区帝塚山東 5 丁目 10 番 15 号
電 話 番 号	06-6676-0753
代表者氏名	理事長 藤本 俊彦
設 立 年 月	1999 年 7 月 6 日

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所 2007 年 4 月 1 日指定
事業所の名称 (事業所番号)	障がい者活動センター オガリ作業所 (2 7 1 2 0 0 0 5 8 3)
事業所の所在地	大阪市住吉区帝塚山東 5 丁目 8 番 7 号
連 絡 先	電話番号 06-6678-7582 ファックス 06-6678-7583
管 理 者	石田信彦
サービス管理責任者	松本信貴
サービスの実施地域	大阪市
主たる対象者	知的障害者
定 員	24 名（ただし 1 日あたりの最大利用 28 人まで。3 ヶ月平均利用人数は 25 人未満になるように契約します）
開設年月日	2004 年 12 月 1 日（旧知的障害者通所更生施設として）

3. サービスの目的・運営方針

目 的	障がいのある方が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、事業所通所により入浴、給食、介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等を行い、心のリフレッシュを図る共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ決めの細かな生活介護サービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物	構 造	鉄筋コンクリート造 3階建 (耐火建築物) の1階部分
	敷地面積	581.95 m ²
	延べ床面積	476.2 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	面積 (m ²)	備 考
作業訓練室	1 室	65.6	
作業訓練室	1 室	49.5	
多目的室	1 室	90.0	
スヌーズレン室	1 室	15.1	
パン工房	1 室	37.1	
店舗	1 室	20.6	
配膳室	1 室	11.8	
男子便所	1 室	7.0	
身障者用便所	3 室	4.1/5.3/5.4	
女子便所	1 室	7.9	
更衣室	1 室	13.9	男女間はロッカーにて分離
相談室	1 室	7.1	
事務室	1 室	34.1	
医務室	1 室	7.6	
会議室	1 室	22.7	

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. サービス提供職員の設置状況

制度	職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
			専従	兼務	専従	兼務		
生活介護	管理者	1	1					
就労B								
生活介護	サービス管理責任者	1	1					
就労B								
生活介護	医 師	1				1		
生活介護	看護師	1				1	0.1	
生活介護	生活支援員	12	5		7		8.4	
就労B		1						
就労B	職業指導員	1	1				1.0	
生活介護	運転手	1				1		

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、上記の職種の職員を配置しています。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

本施設（生活介護Ⅳ）の場合、利用者：職員＝3:1 の基準になっており、定員 24 名に対して職員（生活支援員＋看護師）が常勤換算で 8 名必要です

（ア） 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）（10:00～19:00）
医 師	正規の勤務時間帯（週 1 回 13:00～15:00 など）
看護師	正規の勤務時間帯（週 1 回 1 時間）
生活支援員	正規の勤務時間帯（9:00～18:00）（10:00～19:00）
非常勤職員	9:00～16:45／9:30～16:00／10:00～16:30 など週 30 時間以内

（イ） 営業日と営業時間

営業日：月曜日～金曜日（国民の祝日及び夏季休暇 8 月 11 日～15 日
冬季休暇 12 月 29 日～1 月 3 日の間は休業）

営業時間：9:00～19:00 まで

※土曜・祝日の一部は営業の場合（時間は 9:00～17:00）があります。その場合、当該月の前月までにご案内させていただきます。

6. サービス提供の内容

(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。
訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。 (日常生活訓練・社会適応訓練等)
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（昼食後の歯磨き支援含む）・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
事業所外支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
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行います。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。 ① 陶芸・工芸などの芸術活動（展示発表につなげます） ② 室内や日用品の装飾など生活に潤いをもたらす活動
集団活動	① 班別活動・・・作業グループを基礎単位とし、「手づくり班（主に半日作業・創作活動や配達作業が中心）」「作業班（主に1日作業・受注作業中心）」 ② サークル活動・・・週に1日程度「芸術（創作取り組み）」「体育（軽スポーツ・ゲーム・体操など）」「陶芸」などの希望に応じて分かれ活動を行います。 ③ 外出や屋内での行事を軸として、取り組みの内容や行き先を話し合い、集団を意識できるような場面をつくります。
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ① 受注作業（部品組み立て・箱詰め・シール貼りなど） ② 配達作業（産直米の配送・自動販売機の飲料補充作業） ③ 製パン作業 〈工賃の支払〉 上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。

送迎サービス	希望により送迎をご利用いただけます(ただし原則として施設から半径 3 Km 以内の範囲で各車輛定員の範囲に限らせていただきます)
--------	--

(2) 介護給付費対象外サービス内容

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。 ※低所得者の軽減措置適用の場合 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	600 円 ※原材料費相当額 (320 円)
創作的活動・及び生産活動等	創作的活動及び生産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	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関わる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	実 費
健康診断	採血・検便・心電図・胸部X線撮影・身体測定・肝炎検査・医師による問診（年 2 回） オプションとして腫瘍マーカー	1 回目は無料 オプションは実費 2 回目は実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、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。	円
延長受入	16 時以降 18 時までの延長対応の場合、おやつ代および教養娯楽費として	200 円／1 日
その他	・ サービス提供記録等の複写代 ・ 証明書諸書類の発行代	20 円／1 枚 100 円

<サービスの概要>

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、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7. 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等の給付を市町から直接受け取る（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ください。

（２） 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「６．サービス提供の内容（２）介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

（３） サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日までにお申出がない場合は、キャンセル料（利用料金負担日額分＋給食代）を頂きます。急な体調不良などやむをえない事情があるという場合はこの限りではありません。

（４） 利用料金のお支払方法

前記（１）（２）（３）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、サービス提供の翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
 - ② 金融機関口座からの口座振替
- ご利用できる金融機関：郵便局

8. 利用者の記録及び情報の管理等

- （１）事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。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は、午前 10：30～午後 6：00 です。

- （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、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や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（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

- ① 法人の協力医療機関
- ② 利用者のかかりつけ医療機関

- ③ 病状に応じた専門医療機関。
②については別途契約書にて確認する

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 事業係長 北林正師 ・ご利用時間 月～金 10:00～16:00（祝日のぞく） ・電話番号 06-6678-7582 - F A X 06-6678-7583 ・ 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。	
ライフサポート協会 第三者委員	野村君一	住吉地区民生委員・法人評議員
		電話番号 06-6678-7393
	遠藤比呂通	弁護士・西成法律事務所
		電話番号 06-6647-5137
		FAX 番号 06-6647-5138
佐々木和晴	NPO 長居公園元気ネット代表・法人評議員	
	電話番号 06-6695-0184	
住吉区役所 健康福祉サービス課	・ 所 在 地：大阪市住吉区南住吉 3 丁目 15-55 ・ 電話番号：06-6694-9857 ・ FAX 番号 06-6692-5535	
福祉サービス 苦情解決委員会 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会	・ 所 在 地：大阪府中央区谷町 7-4-15 大阪府社会福祉会館 2 階 ・ 電話番号：06-6191-3130 ・ F A X：06-6191-5660 ・ E-mail：tekisei@osakafusyakyō.or.jp ・ 相談日：月～金 10:00～16:00（祝日のぞく）	

10. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人ハートフリーやすらぎ 住吉診療所		
医 院 長 名	後岡 晃一郎		
所 在 地	大阪市住吉区帝塚山東 5-8-3		
電 話 番 号	06-6678-2511		
診 療 科	内科・整形外科	入 院 設 備	なし

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・スプリンクラー なし ・室内防火栓 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
消防計画	消防署への届出日： 2004年12月16日 第1751号 防火管理者： 石田信彦
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：三井住友海上火災保険 加入保険内容：賠償責任保険・福祉事業総合賠償責任保険・施設所有（管理）者特別約款・生産物特別約款

12. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	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貴重品を施設に持ち込まないようお願いいたします。
宗教活動・政治活動、営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

年 月 日

指定障害者福祉サービス生活介護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。

法人名：社会福祉法人ライフサポート協会

事業所名：障がい者活動センター オガリ作業所

説明者職名： 氏名 印

法人代表者名 理事長 藤本 俊彦 印

事業所 管理者（事業係長） 北林 正師

サービス管理責任者 金光 建二

私は、本書面に基づいて事業者から（指定生活介護事業）の提供及び利用に
ついて重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名： 印

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：