

「身体障害者短期入所サービス利用契約」重要事項説明書

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。

※本事業所では、利用者に対して身体障害者短期入所サービスを提供します。
当サービスの利用は、原則として居宅生活支援費の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業所経営法人	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域及び営業時間	3
4. 居室の概要	3
5. 職員の配置状況	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	7
8. 苦情の受付について	7

社会福祉法人サンシャイン会
特別養護老人ホームリベラルサンシャインは、
身体障害者福祉法第 17 条の 4 第 1 の規定によ
り、指定居宅支援事業所の指定を受けています。
(県指定 371320515)

1. 事業所経営法人

名 称	社会福祉法人 サンシャイン会
所在地	香川県小豆郡土庄町蒲生甲350番地
電話番号	0879-75-2187
代表者氏名	理事長 川西 基雄
設立年月	昭和53年 9月14日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定居宅支援事業者 (平成15年10月1日指定)
サービスの種類及び指定事業所番号	身体障害者短期入所 37000110094130
事業所の目的	生活介護
事業所の名称	特別養護老人ホーム リベラルサンシャイン
事業所の所在地	香川県小豆郡小豆島町蒲生甲350番地
電話番号	0879-75-2187
施設長(管理者)	川西 基雄
事業所の運営方針について	<p>○基本理念</p> <p>社会福祉法人サンシャイン会は、利用者がその環境、心身の状況に応じてあらゆる分野の活動に参加し、その人らしさと人間としての尊厳を保持しつつ、心身ともに健康で生きがいのある自立した生活を地域社会において営むことができるように支援する。</p> <p>○施設の方針</p> <p>生活単位をいくつかのユニットに分けて、家庭における生活、暮らしに近づけるようにし、共に生活していくサービスを提供します。また、利用者一人ひとりが、その人らしく自立した生活ができるよう、家庭・地域社会との関係を密にしながら、関わるケア・つながるケアによる支援を行います。</p>
開設年月	平成10年10月 1日
利用定員	10人
事業所が併設している施設	指定介護老人福祉施設 平成10年9月1日指定 (事業者番号 3771200049)

3. 事業実施地域及び営業時間

事業実施地域	小豆保健福祉圏域
営業日	年中無休
受付時間	月～土 8:30～17:00

4. 居室の概要

(1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	6室	
2人部屋	0室	
4人部屋	4室	
合計	10室	

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) 居室以外の施設設備の概要

当事業所では、居室以外に下記の施設・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、指定身体障害者短期入所事業所に設置が義務づけられている施設・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。

施設設備の種類	室数	備考
食堂	3室	
医務室	1室	
浴室	2室	機械浴・特殊浴槽
機能訓練室	1室	

(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事業所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。

5. 職員の配置状況

配置される職員数に関しては、施設の入所定員と併設する当事業所の利用定員を合算した定員数に対して必要な職員数を配置しています。

当事業所では、利用者に対して指定身体障害者短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

職 種	常勤換算	指定基準
1. 事業所長（管理者）	1名	1名
2. 看護師	3名	2名
3. 介護職員	23名	18名
4. 生活相談員	1名	1名
5. 介護支援専門員	1名	1名
6. 医師		必要数
7. 栄養士	1名	1名

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設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。

（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

〈主な職種の勤務体制〉

職種	勤務体制
1. 介護職員	標準的な時間帯における最低配置人員 早朝： 6：30～ 7：30 5名 日中： 7：30～17：30 10名 17：30～19：30 6名 夜間：19：30～ 6：30 2名
2. 看護師	標準的な時間帯における最低配置人員 日中： 8：30～17：00 2名
3. 医師	週1回 14：00～16：00

☆土日は上記と異なります。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第4条、第5条参照）

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。

当事業所が提供するサービスについて、

（1）支援費の対象となるサービス （2）利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス（支援費の対象外のサービス）

があります。

（1）介護給付費の対象となるサービス

以下のサービスについては、介護給付費が支給されます。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者本人および扶養義務者の負担能力に応じて市町村が定めた額を事業者にお支払いいただきます。

※ 介護給付費対象サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービス）全体の利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。

なお、介護給付費対象サービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。本事業所が代理受領を行った利用者の介護給付費額は、利用者へ通知します。

介護給付費の対象となるサービスの概要

①日常生活の支援

i 食事の提供

栄養・利用者の身体の状況・希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

朝食 8:00～9:00 昼食 12:00～13:00 夕食 17:00～18:00

ii 入 浴

入浴・清拭は、毎週2回以上行います。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。

iii 排 泄

利用者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

②送迎サービス

利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からのご利用および宿泊を伴わないご利用の場合は、交通費実費をご負担いただきます。

③医療および健康管理

i 医療

嘱託医師による診療・治療

氏 名 前田 正健

診療科 内科

診察日 毎週火曜日

ii 服薬の支援

看護師が薬の管理を行います。服薬時に服薬の支援を行います。

④社会的活動の支援

i 日常生活指導

地域において自立した社会生活を送るための機能維持等を目指した指導を行います。

ii 余暇活動

利用者の希望によりレクリエーション等に参加していただくことができます。

⑤相談援助

○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区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ください。

※ 所得区分が一般世帯の利用者の方は、短期入所・日中一時支援ともに食事提供体制加算は付きませんのでご注意ください。

〈短期入所支援費〉居宅受給者証（居宅支援決定）の内容に応じた利用負担額をお支払い下さい。

（２）介護給付費の対象外のサービス

下記のサービスについては、介護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、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、変更を行う2か月前までにご説明します。

①食事費用

②介護給付費から支給されない日常生活上の諸費用

食事費用	朝食304円・昼食504円・夕食584円
-------------	-----------------------------

（３）利用料金・費用のお支払い方法

前記（１）、（２）の料金・費用は、サービス利用終了時に、ご利用期間分の合計金額をお支払い下さい。

（４）利用の中止、変更、追加（契約書第6条参照）

①利用予定日の前に、利用者の都合により、サービス計画表（支援計画）で定めたサービスの利用を中止又は変更もしくは新しいサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日（2頁受付時間内）までに事業者にお申し出ください。

②利用の中止につき利用予定日の前日（2頁受付時間内）までにお申し出のない場合は、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日（受付時間内）までの取り消し	無料
上記時間以降の取り消し	利用者負担相当額

③サービス利用の変更・追加の申し出に対して、利用者の希望する期間にサービスを提供することができない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

(5) 利用料金の変更

所定の料金について、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、変更を行う2か月前までにご説明します。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第9条第5項参照）

事業者は、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。）

◇閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前9：00～午後5：00

8. 苦情の受付について（契約書第15条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔職名〕 生活相談員 山下枝里子

○受付時間 毎週月曜日～土曜日

8：30～16：30

○苦情解決責任者

氏名 川西基雄（施設長）

○第三者委員

氏名 三木功（民生委員児童委員協議会会長）

電話番号 0879-75-0052

氏名 谷本広志（小豆島町東蒲生自治会 総代）

電話番号 0879-75-0832

また、苦情受付ボックスを施設内（2Fフロア）に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

小豆島町住民福祉課	所在地：香川県小豆郡内海町片城甲44番地95 電話番号：0879-82-7005 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15
香川県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地：香川県高松市番町1丁目10番35号 電話番号：087-861-1300 受付時間：月曜日～金曜日 9：00～16：00

令和 年 月 日

指定身体障害者短期入所サービス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。

事業所名 特別養護老人ホーム リベラルサンシャイン
説明者職名

氏名 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、指定身体障害者短期入所サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

氏名 印

連帯保証人住所

氏名 (続柄) 印

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第80号(平成14年6月13日)第80条の規定に基づき、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。