

あさごふれ愛の郷あおぞら指定短期入所重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、文書により説明を行うものです。

施設・設備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次のとおり説明します。

1. 事業者の説明

事業者の名称	社会福祉法人朝来市社会福祉協議会
法人所在地	兵庫県朝来市新井73番地1
代表者氏名	会長 伊藤 宣廣
電話番号	079-677-2702
FAX番号	079-677-2706
法人の設立年月	平成17年4月1日

2. 事業の目的と運営の方針

種類	短期入所 令和3年2月1日 指定2814900144
目的	利用者の自立と更生に必要なサービスを一時的に行います。
名称	あさごふれ愛の郷 あおぞら
管理者	西垣 裕子
所在地	兵庫県朝来市新井1番地1
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者
運営方針	別紙運営規程による
電話番号	079-677-1613
FAX番号	079-677-1689

3. 利用定員

短期入所	5名
------	----

4. ご利用施設の概要

(1)

建築構造	鉄骨造 2階建
敷地面積	1, 346.97 m ²
延床面積	1, 152.4 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	個数・室数	面積等	備 考
食堂	1	74.4m ²	生活介護、就労B型、就労移行と共有
浴室	1	5.5m ²	短期入所（男女共用）
洗面所	2	6m ²	
トイレ	3	多機能型7.5m ² 男性用 7.0m ² 女性用 7.0m ²	洋式水洗トイレ
仮眠室 (支援員室)	1	10m ²	
物置	1	7.5m ²	
自動火災報知機	19		全館一式
エレベーター	1		
洗濯機	1		乾燥機付

(3) 職員体制

職種	員数	勤務形態	常勤換算後の員数	指定基準
管理者	1	常勤兼務		
生活支援員	1名以上	非常勤兼務		
世話人	1名以上	非常勤兼務		

5. 職員の勤務体制

職種	勤務時間
管理者	8:30～17:15

生活支援員	早出（ 7：50～ 16：35） 日勤（ 8：30～ 17：15） 遅出（11：30～ 20：15） 夜勤（17：00～翌 9：00）
-------	--

6. 事業の概要

(1) 利用者の介護給付費対象サービス料金

障害者総合支援法によるものとする。

① 日中活動系サービスを併せて利用した場合

(障がい者)

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
介護給付費 区分6	6,020 円	602 円
〃 区分5	5,270 円	527 円
〃 区分4	3,180 円	318 円
〃 区分3	2,400 円	240 円
〃 区分2以下	1,730 円	173 円

(障がい児)

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
介護給付費 区分3	5,270 円	527 円
〃 区分2	2,790 円	279 円
〃 区分1	1,730 円	173 円

② 短期入所のみ利用

(障がい者)

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
介護給付費 区分6	9,230 円	923 円
〃 区分5	7,840 円	784 円
〃 区分4	6,480 円	648 円
〃 区分3	5,830 円	583 円
〃 区分2以下	5,090 円	509 円

(障がい児)

サービス種類	サービス利用料金	自己負担額
介護給付費 区分3	7,840 円	784 円
〃 区分2	6,150 円	615 円
〃 区分1	5,090 円	509 円

<加算について>

送迎加算	ご自宅等と施設間の送迎を利用される場合に加算されます。 186 円 (片道ずつ)
福祉・介護職員処遇改善加算 (I)	10 円/月×所定単位数×15.9% (自己負担は1割相当額)
加算等の変更について	法改正等において加算内容に変更が生じた場合は、その都度文書でお知らせします。

(2) 介護給付費支給対象サービス

介護給付費 (市町から支給される額及び介護給付費対象サービス費等) の範囲内で提供するサービスの内容は以下のとおりです。

なお、利用者ごとに提供するサービスの内容については、個別支援計画に基づくものとします。

① 基本的な生活に関わる支援

種類	内容
入浴の提供	利用者の状況に応じた適切な介助を行うとともに、衛生に配慮した支援を行います。 身体状況によっては、入浴できない場合があります。(必要に応じて清拭を行い、衛生面に配慮します)
食事の提供	支援の必要な入居者に対し、食事を提供します。個人で調理される方について希望者には状況に応じた支援をします。 食事時間 朝食 (7:30~8:00) 昼食 (12:00~13:00) (休日等に限る) 夕食 (18:00~19:00)

<p>身体等の介護</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・着脱衣 利用者の状況に応じた適切な介助を行います ・排 泄 利用者の状況に応じて適切な介助を行い、排泄の自立に向けた支援を行います ・整 容 利用者の個性に配慮し、適切な身だしなみに努めます。 ・睡 眠 十分な睡眠による健康維持に留意します。原則として消灯22:00、起床7:00としています。季節に合った寝具を用意し、原則として週1回のシーツ交換日を設けています。
<p>利用者又は家族 に対する相談 及び援助</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・所持品管理 基本的には自己責任により管理していただきますが、必要に応じて支援します（原則として金銭の管理は致しません） ・情報の提供 利用者に関する情報については、担当支援員により適宜提供します。 ・相談援助 利用者及びその家族が充実した社会生活が送れるように、心理、機能、医療、家族関係等の相談に応じます 相談窓口 管理者 西垣 裕子

② 介護給付費支給サービス対象となる日用品は以下のとおりです

種類	内容
日用品	日常生活に必要な日用品の内、次の品（手指消毒薬・石けん・トイレットペーパー・洗濯用洗剤等）※施設で指定したものととなります。特定のものを希望される場合は持参いただくか、(3)のとおり実費をいただきます。

(3) 介護給付費支給外サービス

下記のサービスは介護給付費の対象とならないため、記載のとおり所定の料金をお支払いいただきます

サービスの種類	サービスの内容	金額
給食費	給食費は以下の単価により利用日数及び食数により計算する。	朝食 300円 昼食 500円 夕食 500円
その他	日常生活用品等で利用者に購入代金等を負担していただくことが適当である物の費用。	実費

(4) キャンセル料について

利用者の都合により、利用予定日前にサービスの利用を中止または変更することができます。サービス利用を中止される場合、ご連絡いただいた時間により下記のとおりキャンセル料を請求させていただきます。ただし、利用者の急病などやむを得ない理由の場合キャンセル料は請求いたしません。

① ご利用予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 (前日が休業日の場合は休業日の前日)	無料
② ①に記載した日時までにご連絡がない場合	500円

7. 解約について

(1) 利用者からの解約について

①利用者は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の1か月前までに当事業所に届けることによって、この契約を解約することができます。この場合の解約料は無料です。

②次の場合、利用者は事業者申し出を行うことによって「契約解約申出書」を提出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。この場合も解約料は無料です。

- ア. 事業者が正当な理由なしに契約に定めるサービスを実施しない場合
- イ. 事業者が利用契約書第10条に定める(守秘義務)に違反した場合
- ウ. 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合。
- エ. 他の利用者が利用者の生命・身体・財産・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応を取らない場合

③ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業者からの契約解除について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事由がある場合、利用者に対して契約終了日の1か月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解除することができます。

- ア. 利用者及びその保護者が、この契約に定める利用料金等の支払いを3か月以上滞納し、文書による督促を行ったにもかかわらず、支払いがなかった場合
- イ. 利用者及び保護者が、故意又は重大な過失により、事業者、事業者もしくはサービス提供従事者に生命・身体・財産・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合
- ウ. 利用者及び保護者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について

て、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

8. 緊急時の対応

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡をする等の措置を行い医師の指示に従います。

9. 感染症発症時の対応方法

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、他の利用者へ影響を考慮し次の対応をとらせて頂きます。

(1) 健康診断等

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、主治医等の診察を受けて頂き、診断書（証明書）の提出をお願いする場合があります。

(2) サービスの利用中止・変更

利用者又はご家族からのご要望を頂いたとしても、治癒するまではサービス提供をお断りする若しくは、サービス内容の変更をする場合があります。

(3) 施設休業

施設内で集団感染の恐れのある場合は施設休業をやむなく行う場合があります。

10. サービスご利用に際してのお願いについて

ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

10.1. サービス利用に際しての禁止事項について

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。

10.2. 虐待防止に関する事項について

利用者の人権を擁護し、虐待防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) サービス提供中に、虐待を受けていると思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを朝来市役所に通報します。
- (5) 生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束など行動を制限する行為を行いません。

1 3. 苦情申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当法人ご相談窓口	窓口担当：谷井章子サービス管理責任者（生活介護） 西垣裕子サービス管理責任者 （就労継続支援B型、就労移行支援） ご利用時間：8：30～17：15 電話番号：079-677-1613 FAX番号：079-677-1689
第三者委員会 朝来市社会福祉協議会内	兵庫県朝来市新井73番地1 電話番号：079-677-2702 FAX番号：079-677-2706
朝来市役所 健康福祉部ふくし相談支援課	兵庫県朝来市和田山町東谷213番地1 電話番号：079-672-6125 FAX番号：079-672-4109
福祉サービス運営適正化委員会	所在地：兵庫県神戸市中央区坂口通2-1-18 電話番号：078-242-6868 FAX番号：078-271-1709
朝来市障害者虐待防止センター	兵庫県朝来市和田山町東谷213番地1 電話番号：079-672-6125 FAX番号：079-672-4109

1 4. 協力医

協力医は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

医療機関名	所在地	電話番号	診療科目
木村医院	朝来市立野366-2	079-677-0007	内科

1 5. 非常災害時の対策

非常時の対策	短期入所消防計画書により対応いたします。
防災訓練	必要に応じて行います。
防災設備	消火器・火災報知機・緊急通報装置・非常灯・ガス漏れ警報器

1 6. 施設を利用の際に留意していただく事項

施設を利用されている方々の快適性や安全性を保つため、次に掲げる事項についてご留意下さい。

設備・器具の利用	施設の設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。
設備・器具について適切に利用されなかった場合	本来の用途に反した利用により破損等が生じた場合、必要に応じてご負担いただきます。
喫煙	施設館内は全面禁煙です。喫煙される場合は指定場所にてお願いします。
貴重品の管理	利用者の所有する貴重品については、ご自身の責任において管理していただくことが原則です。紛失等の事故に対する責任は社会福祉法人朝来市社会福祉協議会で負いません。
宗教・政治及び営利活動	利用者の思想・信教は自由ですが、他の利用者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みについてはご遠慮ください。
衛生保持	施設内の清潔、整理整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。
防災対策	火災予防については特に注意を払ってください。
その他	利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合、必要な措置を取ることができるものとします。その場合、ご本人のプライバシー等に保護について十分な配慮を行います。 退所後速やかに持ち込み物品をお引き取り下さい。当法人が残置物を引き渡す場合は実費をいただきます。

1 7. 利用料金・費用のお支払い方法

利用料金・費用については1か月ごとに計算し、利用明細を添えて利用月の翌月15日（15日が休日の場合は翌営業日とさせていただきます）に利用者あてにご請求書を送付しますので、翌月25日（但し、25日が日曜日の場合は翌営業日）までに入金くだ

で通知し口頭でご説明いたします。

短期入所事業の提供及び利用の開始に際し、利用者に本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(事業者) 所在地 兵庫県朝来市新井 73 番地 1
名称 社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
代表者 会長 伊藤 宣 廣 (印)

(説明者) 所属 あさごふれ愛の郷あおぞら
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、指定障害福祉サービス事業に関するサービス（短期入所事業）の提供及び利用の開始に同意しました。

(利用者) 住所： 朝来市 _____
氏名： _____ (印)

(代理人) 住所： 朝来市 _____
氏名： _____ (印)