

ショートステイゆうわの里 共生型短期入所重要事項説明書

有限会社ゆうわ（以下、「事業者」という。）が運営する「ショートステイゆうわの里」（以下「事業所」という。）は、事業者が利用者に対して行う共生型障害福祉サービス事業の短期入所（以下「短期入所」という。）について、次のとおり説明いたします。

1 サービスを提供する事業者について

| | |
|-------|----------------|
| 事業者名称 | 有限会社ゆうわ |
| 代表者氏名 | 山中 宏之 |
| 所在地 | 秋田市雄和相川字向田表172 |
| 電話番号 | 018-886-4169 |
| 設立年月日 | 平成15年7月7日 |

2 サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|-----------------------------|---|
| 事業所名 | ショートステイゆうわの里 |
| サービスの主たる対象者 | 身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病等対象者 障害児 |
| 秋田市指定事業所番号 | 0510101827 |
| 管理者 | 賀藤 恵美 |
| 事業所所在地 | 秋田市雄和芝野新田字寺沢2-1 |
| 連絡先 相談担当者 | 電話：018-881-3711 FAX：018-881-3712 管理者 賀藤 恵美 |
| 通常の実施地 | 秋田市全域 |
| 事業所が行なう 他の指定障害 福祉サービス | |
| 利用定員 | 24名 |
| 開設年月日 | 令和5年3月1日 |

(2) 事業の目的および運営方針

| | |
|-------|--|
| 事業の目的 | 利用者、障害者及び障害児の保護者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者等の立場に立った短期入所の提供を確保することを目的とします。 |
| 運営方針 | 利用者等の置かれている環境に応じて、入浴、排せつ及び食事の介護その |

| | |
|--|-----------------------|
| | 他の必要な保護を適切かつ効果的に行います。 |
|--|-----------------------|

(3) 営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

| | |
|------|--------|
| 営業日 | 年中無休 |
| 営業時間 | 24時間営業 |

(4) 営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|--------|
| サービス提供日 | 年中無休 |
| サービス提供時間 | 24時間営業 |

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

| | |
|-------|-----------------------|
| 構造 | 木造平屋建て 準耐火構造 |
| 延べ床面積 | 262.25 m ² |

(2) 設備

| 設備の種類 | 部屋数 | 備 考 |
|-------|-------|----------------------------|
| 居室 | 8室 | 個室2室、2人部屋1室、4人部屋5室 合計8室 |
| 食堂 | 1室 | 1か所 機能訓練室を兼ねる |
| 浴室 | 3室 | 個浴2室、特殊浴室1室 合計3室 |
| 洗面所 | 1室4か所 | トイレ内7か所 合計11か所 |
| 便所 | 8室 | 男女共用、車いす対応 合計8か所 |
| 相談室 | 1室 | |

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容、職員配置、勤務体系

| | 資格 | 常勤 | 非常勤 | 業務内容 | 計 |
|---------|-------------------|----|-----|----------|-------|
| 管理者 | 社会福祉主事任用資格 | 1名 | 0名 | 業務の一元管理 | 1名 |
| 医師 | 医師 | 名 | 1名 | 健康管理・指導 | 1名 |
| 生活相談員 | 社会福祉主事任用資格 | 1名 | 名 | 利用者の生活相談 | 1名 |
| 栄養士 | 栄養士 | 0名 | 1名 | 必要な栄養管理 | 1名 |
| 機能訓練指導員 | 柔道整復師 | 0名 | 1名 | 機能訓練の提供 | 1名 |
| 事務職員 | | 1名 | 0名 | 会計業務・庶務等 | 1名 |
| 介護・看護職員 | 看護師（個別機能訓練指導員兼務） | 0名 | 0名 | 看護の提供 | 0名 |
| | 准看護師（個別機能訓練指導員兼務） | 1名 | 0名 | 看護の提供 | 1名 |
| | 介護福祉士 | 3名 | 0名 | 介護の提供 | 3名 |
| | 実務者研修修了者 | 3名 | 0名 | 介護の提供 | 3名 |
| | その他 | | 4名 | 1名 | 介護の提供 |

5 提供する短期入所の内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

| | |
|----------|--|
| 食事 | 栄養や健康に配慮した食事を適切に提供いたします。 食事時間 朝食 7:30～8:00 昼食 12:00～12:30、おやつ 15:00～15:30 夕食 17:00～17:30 |
| 入浴 | 7日間で2回入浴していただきます。ただし利用者の状態に応じて清拭等になる場合があります。 |
| 身体等の介護 | 介護職員を常時1名以上配置。夜間は1名配置いたします。 利用者の状況に応じて適切な技術をもって整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ② 排泄 必要に応じて介助や確認を行います。 ②起床・入床 利用者の意思を尊重します。 ③着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ④整容 毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。 生活のリズムを整えるような支援をします。 |
| 機能訓練 | 心身の状況に応じた内容・頻度で機能訓練を実施します。 |
| 生活相談 | 生活相談員による介護相談を随時お受けします。 |
| 健康管理 | 看護職員により適切な健康管理を行ないます。 |
| 特別食の提供 | なし |
| 送迎サービス | 利用者の心身の状況、ご家族等の状況から見て送迎が困難と認められ、利用者、ご家族等が希望される場合は送迎を行います。 |
| 理美容サービス | 外部委託、実費を頂戴いたします。 |
| レクリエーション | 心身の状況により適切な内容・頻度で提供いたします。 |
| 面会時間 | 平日の午前9:00～午後5:00にお願いします。 ※それ以外の場合は事前にご連絡ください。 |

(2) サービス料金

利用料金は、次表のとおりです。

① 短期入所を利用した場合(区分にかかわらず)

| | 入所日に短期入所のみ利用の場合 | 入所日に他サービスを利用した場合 |
|--------|-----------------|------------------|
| 利用料 | 7,840円 | 2,400円 |
| 利用者負担額 | 784円 | 240円 |

<提供する短期入所の料金とその利用者負担額について>

提供する短期入所について、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障害福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【加算項目】

① 事業所がとっている体制または対応の内容等により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内 容 |
|--------------------|----------------|--------|--|
| 短期利用加算 | 300円 | 30円 | 利用開始から30日以内の期間について、1年に30日まで加算されます。 |
| 常勤看護職員等配置加算(18人以上) | 40円 | 4円 | |
| 栄養士配置加算 | (Ⅱ)120円 | (Ⅱ)12円 | 管理栄養士又は栄養士を1名以上配置し、利用者の食事管理を適切に行っている場合、利用1日につき加算されます。 |
| 食事提供体制加算 | 480円 | 48円 | 低所得の利用者に事業所が食事を提供した場合、1日につき加算されます。 |
| 緊急短期入所受入加算 | 2,700円 | 270円 | 緊急利用を受け入れた場合に、当該利用者に対して初日から7日(やむを得ない事情がある場合は14日)を限度に加算されます。 |
| 定員超過特例加算 | 500円 | 50円 | 介護者の急病等の緊急時において、定員を超えて受け入れた場合、10日を限度に加算されます。 |
| 送迎加算 | 1,860円 | 186円 | 事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 1,500円 | 150円 | 利用者の負担上限月額を超えて利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の管理を行った場合に加算されます。 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ) | 所定単位数の159/1000 | 左記の1割 | 福祉・介護職員の賃金改善等を実施している事業者において加算します 加算は、福祉・介護職員の賃金改善に充てられます。 |

6 その他の費用について

| 内 容 | 料 金 |
|------------|----------------|
| 食事の提供に係る費用 | 朝食：1食につき 565円 |
| | 昼食：1食につき 690円 |
| | おやつ：1食につき 100円 |
| | 夕食：1食につき 690円 |

| | |
|--|-------------------------------------|
| 光熱水費 | なし |
| 日用品費 | 実費 |
| 送迎サービスの提供に係る費用 | 秋田市内：無料 |
| | 秋田市以外：秋田市境界から1 kmにつき20円 |
| その他の日常生活費 | 実費 |
| キャンセル料（利用者の病状の急変や急な入院等の場合は、キャンセル料は請求致しません） | ○前日までにご連絡の場合キャンセル料は不要です。 |
| | ○前日までにご連絡がない場合1日当たりの利用料の10%を請求致します。 |

7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

| | |
|------------------------|--|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | 請求書をサービス利用月の翌月10日までにご自宅へ郵送します。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。 (ア)現金支払い (イ)事業者指定口座への振り込み お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。 |
|------------------------|--|

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことがあります

※ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。（1枚につき5円）

8 サービスの提供にあたっての留意事項

市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

①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 賀藤 恵美 |
|-------------|-----------|

②成年後見制度の利用を支援します。

③苦情解決体制を整備しています。

④従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

10 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------------|---|
| <p>①利用者及びその家族に関する秘密の保持について</p> | <p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、短期入所提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○また、この秘密を保持する義務は、短期入所提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| <p>②個人情報の保護について</p> | <p>○事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

11 緊急時の対応方法について

- ① 提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連
- 令和5年3月1日 第1版

絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

② 上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 018-881-3711（対応可能時間 8：30～17：30）

1.2 協力医療機関について

協力医療機関は、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・入院治療を保障するものではありません。

(1) 提携医療機関

| | | | |
|--------|--------------------|------|----|
| 医療機関名称 | 秋田赤十字病院 | | |
| 院長名 | 小棚木 均 | | |
| 所在地 | 秋田市上北手猿田字苗代沢 222-1 | | |
| 電話番号 | 018-829-5000 | | |
| 診療科 | 内科 | 入院設備 | あり |

(2) 嘱託医

| | | | |
|--------|-------------------------------|------|----|
| 医療機関名称 | 元町整形外科 | | |
| 院長名 | 橋田 直久 | | |
| 所在地 | 秋田市御所野元町5丁目12-1 | | |
| 電話番号 | 018-829-3003 | | |
| 診療科 | 整形外科、形成外科、美容外科、皮膚科、リハビリテーション科 | 入院設備 | なし |

1.3 事故発生時の対応方法について

利用者に対する短期入所の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する短期入所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。

| | | |
|-----|------|-----------------|
| 市町村 | 市町村名 | 秋田市 |
| | 担当部課 | 福祉保健部 障がい福祉課 |
| | 電話番号 | 電話：018-888-5663 |

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|-------|---|
| 保険会社名 | あいおいニッセイ同和損保 |
| 保険名 | 介護保険・社会福祉事業者総合保険 |
| 保障の概要 | 賠償保険（施設、生産物）10,000万円 賠償保証（受託物）200万円 居宅サービス・居宅介護支援事業者等保証 |

| | |
|--|---|
| | 被害者対応費用 1,000万円 事故対応特別費用 1,000万円 人格権侵害 1,000万円 経済的損失 100万円(1事故につき) 徘徊時賠償 3,000万円 受託貴重品 20万円- |
|--|---|

1.4 非常災害時の対策

| | |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別に定める消防計画により対応致します。 |
| 平時の訓練 | 別に定める消防計画に則り、避難訓練を年2回実施します。 |
| 防災設備 | <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知器 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・スプリンクラー 有 ・室内防火栓 有 ・消火器 有 ・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食糧・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： 令和4年2月17日 防災管理者： 山中 宏之 |

1.5 苦情解決の体制及び手順

(1) 提供した指定短期入所に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

| | |
|-------------------------------------|---|
| 【事業者の窓口】 （事業者の担当部署・窓口の名称） | 管理者 賀藤 恵美 電話番号 018-881-3711 受付時間 平日 午前8時30分から 午後5時30分まで |
| 【秋田市】 福祉保健部 障がい福祉課 | 所在地 秋田市山王一丁目1番1号 電話番号 018-888-5663 受付時間 平日 午前8時30分から 午後5時15分まで |
| 【秋田市基幹相談支援センター】 | 直通：018-888-5682 Eメール：ro-wfsc@city.akita.lg.jp |

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情があった場合では、管理者が相手方と連絡を取り、直接訪問するなどして詳しく話を聞くとともに、担当者からも事情を確認する。

- ② 管理者が必要と判断した場合は検討会議を行う。
- ③ 検討の結果、翌日までに利用者に謝罪に行くなど具体的な対応を行うとともに苦情処理票を作成し、職員全体で回覧する。回覧後は職員会議で周知するとともに再発防止に役立てる。

1 6 心身の状況の把握

短期入所の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

1 7 連絡調整に対する協力

事業者は、短期入所の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

1 8 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

短期入所の提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

1 9 サービス提供の記録

- ① 短期入所の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- ② 短期入所の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

2 0 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|-----------|---|
| 感染症対策 | 事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで利用は出来ません。 |
| 設備・器具の利用 | 事業所内の設備、器具は本来の用法に従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。 |
| 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。 |
| 喫煙 | 喫煙は決められた時間に決められた場所をお願いいたします。 |
| 宗教活動・政治活動 | 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。 |

2 1 サービス提供開始可能年月日

| | |
|-----------------|----------|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 令和 年 月 日 |
|-----------------|----------|

上記の通り内容の説明を致しました。

令和 年 月 日

事業所

<事業所名> ショートステイゆうわの里

<住 所> 秋田市雄和芝野新田字寺沢2-1

<管理者名> _____ 印

<説明者> _____ 印

上記内容の説明を受け、了承し、一部受領しました。

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

身元引受人（保証人）

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印