

## 「障害福祉サービス事業（短期入所）重要事項説明書」

あなたに対する短期入所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 泉会
所 在 地	東京都世田谷区岡本2-33-23
電 話 番 号	03-3417-3451
代 表 者 氏 名	理事長 佐分利 正彦
設 立 年 月	昭和32年11月 4日

### 2. 利用施設

事業所の種類	指定障害福祉サービス（短期入所） 2007年 4月 1日 東京都指定 事業所番号 1311201451
事業所の名称 （事業所番号）	泉の家 （1311201451）
事業所の所在地	東京都世田谷区岡本2-33-23
連 絡 先	電話番号 03-3417-3451 F A X 03-3417-3463
管 理 者	保坂 俊晴
サービス管理責任者	保坂 俊晴
サービスの実施地域	世田谷区
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・障害児
定 員	3床
開設年月日	1960年 9月 1日

### 3. サービスの目的・運営方針

目 的	障害者総合支援法に基づき、障がい者（児）が可能な限りその地域における生活が継続できることを念頭に置いて、居宅の生活が一時的に困難になった障がい者（児）に対し、短期的な利用を提供して、日常生活上の支援等を行うことを目的とします。
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きめの細かな短期入所のサービスを提供します。

#### 4. サービスに係る施設・設備等の概要

##### (1) 施設

建物	構造	RC造鉄筋コンクリート3階建
	敷地面積	992.49㎡
	延べ床面積	988.82㎡
短期居室	1号室床面積(ベッド)	16.16㎡
	2号室床面積(ベッド)	16.05㎡
	3号室床面積(畳)	16.01㎡

##### (2) 主な設備

	部屋数	備考
居室1	1階1室	洋室(ベッド)、エアコン、収納設備、テレビ、DVD
居室2	1階1室	洋室(ベッド)、エアコン、収納設備、テレビ、DVD
居室3	1階1室	和室(畳)、エアコン、収納設備、テレビ、DVD
食堂・談話室	1階1室	冷蔵庫、オーブンレンジ、電気ポット、テレビ
保健室	2階1室	静養室兼用・処置台・血圧計・体重計設置
浴室	2階1室	機械浴槽2台・脱衣場床暖房、浴室内ヒーター設置
その他	1階	男性用トイレ・女性用トイレ・身障者用トイレ

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(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(多機能事業)を提供する職員として、下記の職種の職員以上を配置しています。)

職種	合計数	常勤	非常勤	備考
管理者	1	1		
サービス管理責任者	(1)			管理者が兼務
事務員	2	1	1	
生活支援員	9	4	5	
職業指導員	2	1	1	
目標工賃達成指導員	1	1		
看護師	1	1		
栄養士	1		1	

\* 短期入所、日中一時支援を行う、短時間の専門スタッフや事業所からの派遣等に対応することもあります。

各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者(サービス管理責任者兼務)	勤務時間帯(8:30~17:30)
生活支援員・看護師	
栄養士	勤務時間帯(9:30~16:30)

## 6. 利用の申し込み

毎月、利用希望日の前月の1日の午前9時から6日の午後17時までが受付期間です。休日や時間外なども受け付けができるようFAXもしくはメールでお申し込み下さい。また、できる限り所定のFAX用紙をご使用ください。

利用決定については、利用理由等を考慮し、調整した後、個々にFAXもしくはメールでご連絡させていただきます。

## 7. サービス提供の内容

### (1) 食事

利用者の状況にあわせて、おかゆ・キザミ食・アレルギー食に対応します。

(食事時間)	朝 食	7:30~	8:30
	昼 食	12:00~	13:00
	夕 食	18:00~	19:00

\*その他、ソフト食も提供できますので相談ください。

### (2) 日中支援・排泄・入浴・健康管理

(日中支援)	利用者の状況に応じた見守り等を行います。
(排 泄)	利用者の状況に応じた支援を行います。
(入 浴)	入浴もしくは清拭を行います。(特殊機械浴槽) 必要に応じ、複数名の職員による介助を行います。
(健康管理)	来所時には、家族等からの聞き取りをするとともに、検温・血圧測定等を行います。

## 8. 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。

(2) サービス利用に係る実費負担分

- ・食費：朝食550円 昼食650円 夕食650円  
※所得区分により、短期入所・日中一時支援ともに食事提供体制加算が付く場合があります。
- ・入浴代：300円
- ・日用品、光熱水費：1泊160円
- ・オムツ処分料  
オムツ・リハビリパンツ（60円／1枚）尿パット（30円／1枚）

9. 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5営業日前の午前中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5営業日前の午前中までに申し出のない場合は、キャンセル料を頂きます。

キャンセル料	食費の実費相当額
--------	----------

10. その他

日中活動に係る経費や日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であると認めるものについては、要した費用の実費をいただきます。

11. 利用料金のお支払方法

翌月15日に請求書を発行いたします。請求書発行後、月末までに、指定口座へのお振込み、または現金にてお支払ください。ご入金確認後、領収証を発行させていただきます。

12. 利用中の中止

(1) 利用初日の健康チェックの結果、安静であることが求められる場合、もしくは通院・加療が必要であると認められた場合。体温が37度8分以上の場合。  
利用者が利用期間中において、利用の中止を希望した場合。

(2) 利用期間中に体調が悪くなった場合。

(3) 自己または他の利用者の生命または健康に影響を与える行為があった場合。

上記の場合、ご家族に確認・連絡のうえ、速やかに主治医に連絡をとる等必要な措置を講じます。利用料金は、利用日までの日数を基準に計算します。

13. 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9時～午後17時です。

- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそつた対応を行います。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区市町村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。

#### 14. 事業者の義務

##### (1) 安全配慮義務

事業者は、サービス提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

##### (2) 説明義務

事業者は、この契約に基づく内容について、利用者・家族等の質問等に対して適切に説明しなければなりません。

##### (3) 守秘義務

事業者及び職員は、この契約によるサービスを提供するにあたって知り得た利用者並びにその家族に関する個人情報並びに秘密事項については、正当な理由がある場合や別に定める文書（個人情報使用同意書）により同意がある場合を除き、第三者に開示しません。

また、職員は業務上知り得た利用者またはその家族の秘密について、職員でなくなった後においても第三者に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

##### (4) 身体拘束の禁止

事業者は、利用者が自傷他害の恐れが急迫で、他に取りうる手段がない場合を除き、身体拘束等、利用者の行動を抑制する行為を行いません。

##### (5) 虐待防止のための措置

事業者は、利用者に身体的・精神的苦痛等の虐待を防止するため、サービス提供者に虐待防止啓発のための定期的研修を実施します。また、虐待を受けている恐れがある場合には、ただちに防止策を講じ区市町村へ通報します。

### 15. 損害賠償保険への加入

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しております。

保健会社名	株式会社 福祉保険サービス
保険名	全国社会福祉協議会 「施設の損害補償」
補償の概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設通所時における傷害事故補償</li> <li>・就労体験実習時における傷害事故補償（※）</li> </ul> ※補償の対象にならないケースもございますので、詳細はサービス管理責任者へお問い合わせ下さい。

### 16. 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。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

### 17. 要望・苦情等申立先に関する相談窓口、及び虐待防止対応等について

#### (1) 要望・苦情等申立先

当事業所 利用相談窓口	窓口担当者	総務課次長 川島 直子
	受付時間	毎週月曜日～金曜日 9:00～ 17:00
	苦情受付責任者	管理者 保坂 俊晴
世田谷区保健福祉サービス 苦情審査事務局	所在地：	世田谷区世田谷4-22-33
	電話番号：	03-5432-1111（代）
東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委 員会	所在地：	千代田区神田駿河台1-8 東京YMCA会館3階
	電話番号：	03-5283-7020
	F A X：	03-5283-6997

## (2) 虐待防止対応受付・通報先

当事業所 虐待防止対応受付	虐待防止対応責任者 管理者 保坂 俊晴 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～ 17:00
世田谷区世田谷総合支所 保健福祉課	所在地:世田谷区世田谷4-22-33 電話:5432-2865 FAX:5432-3049
世田谷区北沢総合支所 保健福祉課	所在地:世田谷区松原6-3-5 電話:3323-1734 FAX:3323-9925
世田谷区玉川総合支所 保健福祉課	所在地:世田谷区等々力3-4-1 電話:3702-2092 FAX:5707-2661
世田谷区砧総合支所 保健福祉課	所在地:世田谷区成城-2-1 電話:3482-8198 FAX:3482-1796
世田谷区烏山総合支所 保健福祉課	所在地:世田谷区南烏山6-22-14 電話:3326-6115 FAX:3326-6154
世田谷区障害者夜間・休日 虐待通報ダイヤル	土・日曜日、祝日、年末年始(終日受付)及び夜間(午後5時～翌朝午前8時30分まで) 電話:5432-1033 FAX:3410-0368

## 18. 協力医療機関

医療機関の名称	公益財団法人 日産厚生会 玉川病院	
医院長名	和田 義明	
所在地	東京都世田谷区瀬田4-8-1	
電話番号	03-3700-1151	
診療科	内科、東洋医学科、小児科、消化器外科・循環器科、消化器科、呼吸器科、糖尿病代謝科、膠原病・リュウマチ科、一般外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、リハビリテーション科、脳神経内科、放射線科、麻酔科、透析科、健診科、歯科	入院設備
		有

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

## 19. 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。
平常時の訓練	別途に定める、消防計画書により、年2回以上、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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誘導灯 有</li> <li>・消火器 有</li> <li>・スプリンクラー 有</li> <li>・煙、熱感知器 有</li> <li>・自動火災通報装置</li> </ul> <p>※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）等有り。</p>
消防計画	消防署への届出日：平成26年 4月 防火管理者：河村 律子

## 20. 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。
損害保険の加入	施設の損害賠償保険では認定されない事案も出てきています。施設外でも保険対象になりますので、個人での保険加入をお勧めします。
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。自己管理の難し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します。
飲酒	アルコールの持ち込みは禁止です。
外出	事務所に一言声をかけてください。
面会	面会は事務所職員に声をかけ所定の用紙にご記入ください。
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。

平成 年 月 日

指定障害者福祉サービス（短期入所） 泉の家のサービス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。

事業所名：社会福祉法人 泉会 泉の家

説明者職名： 氏 名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス（短期入所） 泉の家のサービス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：