

「指定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 札幌恵友会
所 在 地	札幌市北区新川 7 1 5 番地 2
電 話 番 号	0 1 1 - 7 6 9 - 6 8 6 8
代表者氏名	理事長 宮 坂 勝 文
設 立 年 月	昭和 5 2 年 1 1 月

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）（令和 6 年 4 月 1 日指定）
事業所の名称	未来さぼーと白石（事業所番号 0110405776）
事業所の所在地	札幌市白石区本通 1 6 丁目北 4 番 3 0 号
連 絡 先	0 1 1 - 8 6 1 - 6 1 1 0
管 理 者	石井 敏三
サービスの実施地域	札幌市内、及び隣接地域
主たる対象者	実施地域内の知的障害者、身体障害者、精神障害者
定 員	3 名
開設年月日	令和 6 年 4 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際に対し、短期的な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サービス提供をします。

4 サービスに係る施設、設備等の概要

（1）施設（生活介護、短期入所 事業所）

鉄筋コンクリート 5 階建て

延べ床面積 2594.144 m² 建築面積 974.598 m²

◇短期入所居室：居室兼居間 33 m² トイレ、洗面所、浴室別途

（2）併設サービス

障害者生活介護 2 階

高齢者通所サービス 1 階

高齢者訪問介護、居宅介護 1階事務室内

5 サービス提供職員の設置状況

職 種	員 数	常 勤		非 常 勤		常勤換算	備 考
		専 従	兼 務	専 従	兼 務		
管 理 者	1		1			0.5	
サービス管理責任者							
職業指導員							
生活支援員	1		1			1	員数上の数値掲載
看 護 師							
栄 養 士							

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、上記の職種の職員を配置しています。

＊常勤換算…職員それぞれの週当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労働時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

（1）各職種の勤務形態

職 種	勤 務 体 系
管 理 者	正規の勤務時間（8：30～16：50）
サービス管理責任者	正規の勤務時間（8：30～16：50）
生活支援員	正規の勤務時間（8：30～16：50）
看 護 師	正規の勤務時間（8：30～16：50）

（2）営業日

営業日：月～土曜日（法人カレンダーによる）、日曜祝日営業の場合もあり

6 利用の申し込み

原則的に、利用希望日の3週間前までが受付期間です。

利用決定については、利用理由等を考慮し、調整した後、個々に連絡させていただきます。尚、緊急避難等の急を要する利用者の方は別途ご相談させていただきます。

7 サービス提供の内容

（1）食事

原則的に普通食の提供のみとなりますが、おかゆ、アレルギー、刻み食を希望の方は予めご相談下さい。

（食事時間） 朝 食 6：00 ～
 昼 食 12：00 ～
 夕 食 18：00 ～

(2) 日中活動

(日中活動)	利用者の状況に応じた活動をします。
(排泄)	利用者の状況に応じた支援を行います。
(入浴)	入浴、清拭を行います。必要に応じ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します。

(2) 送迎

希望の方は事前にお申込み下さい。(ご希望に添えない場合もあります)

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（厚生労働大臣が定める額）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頂きます。（定率負担、又は利用者負担額といいます）尚、定率負担、又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下さい。

*所得区分が一般世帯の利用者の方は、短期入所における食事提供体制加算は付きませんのでご注意ください。

(2) 食費に係る実費負担分

朝食 300円、昼食400円、夕食 400円

光熱費 1日300円（1泊2日：600円）

*ご自身で食事をお持ち込みの場合は事前にご相談下さい。

9 当施設ご利用の際に留意いただく事項

外出	事務所に声を掛けて下さい。
喫煙	喫煙場所はありません。
施設設備の利用	居室や施設設備の利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた時は賠償していただく場合があります。また他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただく場合があります。
貴重品の管理	利用者の責任において管理していただきます。管理できない貴重品等は持ち込みをご遠慮下さい。
面会	面会は事務所職員に声を掛けて下さい。

10 サービス利用の取り消し

利用者が、サービスの利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の2日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、お申し出のないキャンセルの場合等につきましては、食材費をご負担頂きます。

1 1 その他諸経費

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、要した費用を実費負担頂きます。

1 2 利用料のお支払方法

当月ご利用の利用料につきましては、翌月 10 日頃に請求書が発行されますので、現金でお支払いいただくか、口座振込みによりご精算下さい。(振込の場合の手数料はご負担願います) また、口座振替も利用可能となります。

1 3 利用の中止

- (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、若しくは通院、加療が必要であると認められた場合。
- (2) 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
- (3) 利用期間中に体調が悪くなった場合
- (4) 自己、又は他の利用者、並びに職員の生命、若しくは健康に影響を与える行為があった場合は、ご家族に確認、ご連絡の上利用を中止し、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。

1 4 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個人に関する記録、及び関係者の個人名を含めた情報を適切に記録管理し、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。
- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿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（「個人情報同意書」による）に基づき、情報提供を致します。

1 5 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ます。

(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、第三者には開示しません。また、職員は業務上知り得た利用者、又はその家族

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に必要な措置を講じます。

(1) 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。

1 6 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、関係者への連絡を行います。

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：

1 7 要望・苦情申立先、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 ご利用者相談窓口	窓口担当者：小田 貴博 ご利用時間：8：30～16：50（月曜日～金曜日） 電話番号：011-861-6110 FAX：011-863-6358 *担当者が不在の場合は、事務所職員までお申し出下さい。
札幌市保健福祉局 障がい福祉課	所在地：札幌市中央区北1条西2丁目 電話番号：011-211-2938
北海道福祉サービス運営適正化委員会	所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2. 7 3 階 電話番号：011-204-6310 FAX：011-204-6311

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する相談窓口	窓口担当者：小田 貴博 ご利用時間：8：30～16：30 電話番号：011-578-2220
--------------	--

	F A X : 0 1 1 - 5 7 8 - 2 2 2 1
--	--

(3) 第三者委員

氏 名	宣 憲洋	職業等	元小樽商科大学非常勤講師
	田中 正行		美松企業株式会社元役員

1 8 協力医療機関

医療機関の名称	社会医療法人三草会 クラークウェルネスクリニック
医 院 長 名	下村 晴信
所 在 地	札幌市中央区大通西16丁目1番15号
電 話 番 号	0 1 1 - 2 1 3 - 9 5 3 3
診 療 科	内科 月～金曜 9:00-12:00 13:00-17:00

上記医療機関のほか、各専門医に協力依頼をしております。

1 9 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定めます。(消防計画書により対応いたします)
平時の訓練	消防計画書により、年2回、避難、防災訓練を利用者の方も参加して実施いたします。
防災設備	自動火災報知機 [有] 非常通報装置 [有] 消火器 [有] 誘導等 [有] ガス漏れ検知器 [有] スプリンクラー[有] *カーテン、カーペット等は防災性能のある物を使用しています。 *懐中電灯、ラジオ、衛生用品
消防計画	消防署への届出日：令和4年6月2日 防火管理者：石井 敏三
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：あいおいニッセイ同和損害保険

指定障害福祉サービス短期入所「未来さぽーと白石」の提供、及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名 : 社会福祉法人 札幌恵友会
未来さぽーと白石

説明者職名：

氏 名： 印

私は、本書面に基づいて事業所から指定障害福祉サービス短期入所「未来さぽーと白石」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：

利用者氏名： (印)

保証人住所：

保証人氏名： (印)

続 柄：