

なごみのいえ岡山北（短期入所） 重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、当事業所の概要や提供するサービスの内容、
契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1. 短期入所サービスを提供する事業所について

事業者名称	株式会社シフト
代表者氏名	代表取締役 栢原 隆行
本社所在地 (連絡先)	倉敷市真備町市場3090番地 086-441-1196 (代)
法人設立年月日	平成19年7月3日

2. ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

(1) 事業の所在地等

事業所名称	なごみのいえ岡山北
サービスの 主たる対象者	障がい児、知的障がい者、精神障がい者
事業所番号	3310106103
サービスの種類	短期入所
事業所在地	岡山市北区西辛川 581-1
連絡先 相談担当者名	TEL：086-236-8105 管理者：清親美貴
利用定員	6名
開設年月日	令和 4年 9月 1日

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	株式会社シフトが設置する指定短期入所事業所なごみのいえ岡山北において実施する指定障害福祉サービスの必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定短期入所の円滑な運営管理を図るとともに、利用者、障害児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指定短期入所の提供を確保することを目的とする。
運営方針	① 事業所の従業員は、居宅において介護を行う者の疾病その他の理由により、短期間の入所を必要とする利用者に対し、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、必要な保護を行うものとする。

	<p>② 利用者の意思及び人格を尊重し、利用者や家族のニーズに基づきながら、年齢や障がい特性に応じて、サービスの提供を行う。</p> <p>③ 従事職員の資質の向上を図り、良質なサービスが提供できるよう、継続的かつ定期的に研修の機会を設ける。</p> <p>④ 年齢や障がい特性に応じて、生活支援の提供を行うと共に、家族等の身体的・精神的な負担を軽減する為に、総合的なニーズを確認していき、家族等との連携を行いながら計画的にサービス提供を行う。</p> <p>⑤ 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービス提供に努めるものとする。</p> <p>⑥ 前5項の他に、関係法令等を遵守し、指定短期入所を実施するものとする。</p>
--	---

(3) 営業日及び営業時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。
営業時間	午前9時から午後6時までとする。

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日(午前9時～)から日曜日(午前9時まで)とする。
サービス提供時間	24時間とする。ただし日曜日は午前9時までとし、月曜日は午前9時からサービス提供開始とする。

3. 事業所の構造・設備について

(1) 構造

構造	木造2階建
敷地面積	397.0 m ²
延床面積	176.92 m ²

(2) 設備

設備の種類	部屋数	備考
居室	6	寝具、エアコン、収納、呼出ブザー
食堂	2	冷蔵庫、食卓、エアコン
浴室	1	シャワー
洗面所	2	1階：洗面台、洗濯機、乾燥機 2階：洗面台
便所	2	各階

4. 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

職種	職務内容
管理者	管理者は、職員の管理、指定短期入所の利用を申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに法令等において規定されている指定短期入所の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。
生活支援人	生活支援業務を行う。
運 転 手	送迎業務を行う。

(2) 職員配置

職種	員数	常勤		非常勤		備考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
生活支援員	5			4	1	
運転手						
事務職員						

5. 提供するサービスの内容と料金及び利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

サービスの種類	サービスの内容
食事の提供	希望により以下の時間に食事の提供をします。 食事時間 朝食 7:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～ 年齢と障がい特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供します。
入浴または清拭	入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状態により入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。
身体等の介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・更衣・整容・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ① 排泄 必要に応じて介助、確認を行います。 ② 着脱衣 必要に応じて介助、確認を行います。 ③ 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行います。
生活相談	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また、医療機関と連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
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。

(2) サービス料金

利用料金は次表の通りです。

① 福祉型短期入所サービス費Ⅰ

日中サービスを利用しない日に短期入所を利用した場合

区分	区分 6	区分 5	区分 4	区分 3	区分 2 以下
利用料	9,396 円	7,981 円	6,596 円	5,934 円	5,181 円
利用者負担額	939 円	798 円	659 円	593 円	518 円

② 福祉型短期入所サービス費Ⅱ

日中サービスを利用した日に短期入所を利用した場合

区分	区分 6	区分 5	区分 4	区分 3	区分 2 以下
利用料	6,128 円	5,364 円	3,237 円	2,443 円	1,761 円
利用者負担額	612 円	536 円	323 円	244 円	176 円

③ 福祉型短期入所サービス費Ⅲ

利用者が障害児であって、通所支援を利用しない日に短期入所を利用した場合

区分	区分 3	区分 2	区分 1
利用料	7,981 円	6,260 円	5,181 円
利用者負担額	798 円	626 円	518 円

④ 福祉型短期入所サービス費Ⅳ

利用者が障害児であって、通所支援を利用した日に短期入所を利用した場合

区分	区分 3	区分 2	区分 1
利用料	5,364 円	2,840 円	1,761 円
利用者負担額	536 円	284 円	176 円

<提供するサービスの料金とその利用者負担額について>

提供するサービスについて、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関わらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額に関する詳細については、お住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
単独型加算	3,257 円	左記の 1 割	障害者支援施設等の入所施設等以外の事業所においてサービスを提供した場合、利用 1 日につき加算されます。
短期利用加算	305 円	左記の 1 割	指定短期入所事業所において、指定短期入所を行った場合に、利用を開始した日から起算して 30 日以内の期間について 1 日につき加算されます。
福祉・介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	所定単位数 × 15.9%	左記の 1 割	基本料金に各種加算減算を加えた総単位数を示します。

② 事業所がとった対応の内容により、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
食事提供 体制加算	488 円	左記の 1 割	支給決定のある利用者に事業者が食事を提供した場合、利用 1 日につき加算されます。
緊急短期入所 受入加算	1,832 円	左記の 1 割	緊急の利用者を受け入れた場合に当該緊急利用者に対して利用 1 日につき加算されます。
送迎加算	1,893 円	左記の 1 割	事業者が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。

6. その他費用について

内容	料金
食事	朝食 450 円 昼食 550 円

	夕食 600円
居宅に関わる 光熱水費	1日につき 200円
日用品費の実費	実費相当額
その他	実費相当額 ※日常生活において通常必要となるものに係る費用であってもその利用者に負担させることが適当と認められるものの実費
キャンセル料	5日前までのご連絡の場合、キャンセル料は不要です。 5日前までにご連絡がない場合は食費の実費相当額を請求致します。 ※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。)

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	利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日前後に利用月分の請求書をお届けします。原則、口座振替での支払いをお願い致します。(口座振替は翌々月の 4 日に引き落としとなります。)ただし、口座振替が難しい場合は、支払い方法について別途協議させていただきます。 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、保管をお願い致します。 また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず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関わらず支払い期日から 3 カ月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、契約を解除したうえで未払い分をお支払いいただくことがあります。

8. サービス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」を厳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	清親美貴
-------------	------

- 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「医療・介護関係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ダンス」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとしします。</p> <p>○事業者及び事業者の使用するもの（以下「従業者」という。）は、サービス提供をするうえで知りえ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、サービス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え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、電磁的記録も含む。）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延なく調査を行い、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

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに利用者が予め指定する連絡先に連絡します。

緊急連絡先

氏名： _____（続柄： _____）

住所： _____

電話番号： _____

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・入院治療を保証するものではありません。

医療機関名称	医療法人 深井医院		
医院長名	深井 待子		
所在地	岡山市北区高松 131-5		
電話番号	086-287-2011		
診療科	内科・皮膚科・小児科	入院設備	あり

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	市町村名	岡山市
町	担当部・課名	保健福祉局障害・生活福祉部障害福祉課
村	電話番号	086-803-1235

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害保険

保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険

1 4. 非常災害時の対応

平時の訓練	消防訓練を年1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 ・非常通報装置 無 ・非常用電源 無 ・スプリンクラー 無 ・室内防火栓 無 ・カーテン等は防火機能のあるものを使用しています。
保険加入	<p>本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。</p> <p>保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険</p>

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相談及び苦情を受け付ける為の窓口を設置します。(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)

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

① 苦情が発生した場合は、直ちに苦情受付担当者が相手方に連絡を取り、相手方の都合の

良い日程に訪問するなどし、詳しい状況を伺い把握する。

- ② 苦情解決責任者が必要と判断した場合はサービス提供スタッフを参加させて検討会議を行う。
- ③ 検討会議を行わない場合も、対応を決定し具体的な対応を早急に行う。
- ④ 対応に時間を要する場合なども、その旨を当日中に一度は連絡をする。
- ⑤ 苦情対応の記録を作成し、5年保管すると共に、再発防止に活用する。

【事業者の窓口】 なごみのいえ岡山北 (担当) 管理者 清親美貴	所在地 : 岡山市北区西辛川 581-1 電話番号 : 086-236-8105 受付時間 : 月～金曜日 11:00～18:00
【市町村の窓口】 倉敷市 保健福祉局 社会福祉部 障がい福祉課	所在地 : 倉敷市西中新田 640 電話番号 : 086-426-3305 受付時間 : 月～金曜日 8:30～17:15
【市町村の窓口】 岡山市 保健福祉局障害・生活福祉部 障害福祉課	所在地 : 岡山市北区鹿田町 1-1-1 電話番号 : 086-803-1235 受付時間 : 月～金曜日 8:30～17:15
【公的団体の窓口】 岡山県運営適正化委員会	所在地 : 岡山市北区南方 2-13-1 きらめきプラザ 3階 電話番号 : 086-226-9400 受付時間 : 月～金曜日 8:30～17:15

16. 心身の状況の把握

指定短期入所の提供にあたっては、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。

17. 連絡調整に対する協力

短期入所事業者は、指定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出来る限り協力します。

18. 他の指定障害福祉サービス事業者等との連携

指定短期入所の提供にあたり、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。

19. サービス提供の記録

- ① 指定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 指定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の完結日から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出来ます。(複写等にかかる費用は実費負担をいただきます。)

20. 事業所ご利用の際にご留意頂く事項

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事業所利用はできません。
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頂きます。自己管理の出来ない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
宗教・政治・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。

21. サービス提供開始年月日

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

22. 重要事項説明の年月日

この重要事項説明書の説明年月日	年 月 日
-----------------	-------

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利用者に行いました。

事業者	所在地	岡山市北区西辛川 581-1
	法人名	株式会社シフト
	代表者名	代表取締役 栢原 隆行
	事業所名	なごみのいえ岡山北
	説明者氏名	清親 美貴

上記の説明を事業者から確かに受けました。

利用者 住所 _____

氏名 _____

家族または代理人 住所 _____

氏名 _____

個人情報使用同意書

私およびその家族の個人情報について、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

事業者が、障害者総合支援法に関する法令に従い、指定短期入所事業のサービス提供にあたり、障害福祉サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議、また相談支援専門員、福祉サービス事業者、行政、病院、教育機関等との連絡調整において必要な場合。

2 使用にあたっての条件

- ・個人情報の提供は、前記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外に決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等を記録しておくこと。

3 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が短期入所事業を行うために最小限必要な利用者や家族個人、また利用者が利用する福祉サービス、地域施設、病院、教育機関に関する情報。
- ・その他の情報
※「個人情報」とは、利用者個人及びご家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

4 使用する期間

当該契約締結日から契約満了日まで

____年 ____月 ____日

(事業者) なごみのいえ岡山北

利用者 住所 _____

氏名 _____

上記代理人 住所 _____

氏名 _____ (続柄: _____)