

社会福祉法人 山陰家庭学院
障害者短期入所事業所はばたき 重要事項説明書

1. 経営主体

名称	社会福祉法人 山陰家庭学院
所在地	島根県松江市島根町大芦 5 7 0 7 番地
電話番号	0 8 5 2 - 8 5 - 3 6 0 3
代表者氏名	理事長 澤 真吾
設立年月	明治 3 7 年 1 1 月

2. 利用施設

事業所の種類	障害者短期入所事業所
事業所の名称	はばたき
事業所番号	第 3210100206 号
指定日	平成 2 7 年 4 月 1 日指定
事業所の所在地	島根県松江市島根町大芦 5 7 0 7 番地
連絡先	電話番号 0 8 5 2 - 8 5 - 3 1 1 5 ファックス 0 8 5 2 - 8 5 - 3 1 1 6
e-mail アドレス	habataki@sanin-kateigakuin.jp
管理者	施設長 寺本 年生
サービスの実施地域	松江市、出雲市、安来市、雲南市
事業と定員	短期入所事業：5名
開設年月日	平成 2 7 年 4 月 1 日
併設している施設	障害者支援施設「はばたき」 平成 2 1 年 4 月 1 日指定 第 3210100206 号

3. サービスの目的・運営方針

(1) 目的

居宅において介護を受けることが一時的に困難となった障害者を短期間入所させ必要な支援を行なうことを目的とする。

(2) 運営方針

個々に合わせた支援を行ない、家庭的な雰囲気の中で過ごしてもらい、家族が必要な時に安心して預けてもらえる事業所作りを目指す。

4. サービスの営業日及び営業時間

- (1) 営業日 年中無休（都合により受入れの出来ない場合もありますのでご了承ください。）
- (2) 受付時間 毎日 9時～18時
- (3) 営業時間 24時間

5. サービスを提供する主たる対象者

- (1) 短期入所事業：知的障害者

6. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 居室について

短期棟の4室（定員5名）が居室として用意してあります。

(2) 居室以外の施設設備の概要

施設設備の種類	室数	備考
食堂	1室	本体施設と共有
医務室	1室	本体施設と共有
静養室	1室	本体施設と共有
浴室	2室	大浴室と小浴室があります
洗面所	1か所	
トイレ	2室	
相談室	1室	本体施設と共有

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。

(3) 施設設備ご利用上の注意事項

当事業所の居室その他の施設設備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等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

5. 職員の配置状況

障害者支援施設はばたきの職員で対応しています。

職種	員数	業務内容
管理者	1人	事業所の従業者の管理、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行わなければならない。ただし、当該事業所の管理上支障がある場合は当該事業所又は同一敷地内にある他の事業所の職務に従事することが出来る。
生活支援員	1人以上 (1人以上は常勤)	日常生活における適切な習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるための支援を提供し、利用者の相談に適切に応じ必要な助言、援助を行う。
その他の職員	必要数	上記の職員その他、管理栄養士、事務員等の施設の適正な維持運営に必要な職員を置く。

6. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き9割が介護給付費等の対象となります。事業所が介護給付費等を代理受領する場合には、利用者は利用者負担分として介護給付費の1割の額を事業所にお支払いいただきます。但し受給者証に記載してある月当たりの負担上限額

を超えてのお支払いはありません。

なお、介護給付費等の対象となるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合を含む）については、一旦全額を事業所にお支払いいただきます。

<サービスの概要>

① 日常生活の支援

入浴、着替え、排泄、食事、移動等の支援を行ないます（入浴は毎日行います。ただし病気等状況に応じ清拭となる場合があります）。

② 健康管理

健康管理及び服薬支援を行ないます。

③ 余暇活動

教養娯楽を提供します。

④ 相談援助

利用者や家族の相談を受け付けます。場合により他機関への紹介を行ないます。

⑤ 送迎

送迎サービスを行なっています。

(2) 介護給付費の対象外サービス内容の料金

下記のサービスについては、介護給付の対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には所定の料金をお支払いいただきます。

項 目		料 金
食費 (食事提供体制加算該当者は食 材費相当額をいただきます)	朝食	360円/食
	昼食	550円/食
	夕食	500円/食

(3) 利用料金・費用のお支払方法

(1)(2)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、請求月の**25日**までに以下の方法でお支払ください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。ただし、10円未満は切り捨てとします。)

当施設窓口での現金支払い	当施設へ持参ください。
指定口座への振込み	指定口座 銀行名 : 山陰合同銀行 支店名 : 島大前支店 口座種類 : 普通預金
金融機関口座からの自動引落し	ご利用できる金融機関 : 山陰合同銀行 : ゆうちょ銀行

(4) 利用の中止、変更、追加 (契約書第6条参照)

① 利用期日前において、利用者の都合によりサービスの利用を中止または変更、もしくはサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日の受付時間内までに事業所にお申し出ください。

② サービス利用の変更・追加の申し出に対して、利用者の希望する期間にサービスの提供ができない場合、他の利用可能日時を利用者に提示して協議します。

7. 利用者の記録及び個人情報の管理等

(1) 事業所は、関係法令に基づいて利用者の記録や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(開示に際して必要な複写料などの諸費用は利用者の負担となります)

閲覧・複写ができる窓口業務時間 月～金(祝日を除く) 9:00～18:00

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、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。

8. 緊急時の対応

サービス提供時、利用者の病状に急変が生じた場合、その他緊急事態が発生した場合は、家族に速やかに連絡をし必要な処置をとります。連絡がとれない場合には当事業所の協力医療機関に連絡をとり受診等の処置を行う場合があります。

(協力医療機関)

医療機関の名称	松江赤十字病院		
所在地	島根県松江市母衣町200		
電話番号	0852-24-2111		
診療科	総合科	入院設備	有

9. 要望・苦情等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 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口責任者：施設長 寺本 年生 担当者：施設長代理 堀内 伸子 ・ご利用時間：9:00～18:00 ・電話番号：0852-85-3115 FAX：0852-85-3116 ・担当者不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
苦情解決委員会 (第三者委員会)	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：島根県松江市島根町大芦5707 はばたき内 ・電話番号：0852-85-3115 ・苦情解決責任者：施設長 寺本 年生 担当者：施設長代理 堀内 伸子 ・第三者委員 岸田 和俊(弁護士) 連絡先 0854-20-6818 今岡 輝夫(学識経験者) 連絡先 0853-63-1526
松江市障がい者福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：松江市末次町86番地 ・電話番号：0852-55-5241
島根県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：松江市東津田町1741-3 いきいきプラザ島根2階 ・電話番号：0852-32-5913 ・FAX：0852-32-5994 ・受付時間：月～金 8:30～17:00 (土日曜・祝日を除く)

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口責任者：施設長 寺本 年生 担当者：施設長代理 堀内 伸子 ・ご利用時間：9:00～18:00
------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	・電話番号：0852-85-3115 ・FAX：0852-85-3116
--	-----------------------------------------

虐待防止のための措置

事業所は利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、次の措置を講ずるものとする。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定及び措置
- ② 成年後見制度の利用支援
- ③ 苦情解決体制の整備
- ④ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

(3) 提供するサービスの第三者機関による評価の実施状況について実施していません

9. 事故発生時の対応方法について

(1) 利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、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、利用者に対するサービス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。

(2) 本施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名：損害保険ジャパン株式会社

保険名：しせつの損害補償

補償の概要：賠償責任保険

10. 非常災害時の対策

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。 ① 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損保損害保険株式会社 加入保険内容：火災保険（施設本体） ② 加入保険会社名：西日本自動車共済組合 加入保険内容：公用車の任意保険料
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. その他

所持品について…衣類、洗面用具、上履き、その他必要な物（薬、おむつ等）をご持参下さい。持ち物には記名をお願いします。

令和 年 月 日

障害者短期入所事業所のサービス提供及び利用の開始にあたり、契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

〈事業所〉 住 所 〒690-0402
島根県松江市島根町大芦5707

事業所名 社会福祉法人 山陰家庭学院
障害者短期入所事業所はばたき
施設長 寺本 年生 印

〈説明者〉 職員職氏名 印

私は、契約書及び本書面により、障害者短期入所事業所はばたきの職員（職名：氏名：）から事業所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ました。

利 用 者
住 所：〒
氏 名： 印

利用者は、身体の状態等により署名が出来ないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代 筆 者
住 所：〒
氏 名： 印
続 柄：

代 理 人（利用者の成年後見人等）
住 所：〒
氏 名： 印
続 柄：