

社会福祉法人 四恩会  
短期入所 重要事項説明書  
( 短期入所サービス 学び舎あい )

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

四恩会は、利用者に対して短期入所サービス(ショートステイサービス)を提供します。

施設・設備の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次のとおり説明します。

1. 事業者の概要

|          |                      |
|----------|----------------------|
| 経営事業者の名称 | 社会福祉法人 四恩会           |
| 法人所在地    | 石川県羽咋郡宝達志水町今浜新耕128-1 |
| 代表者氏名    | 理事長 真田 穰治            |
| 電話番号     | 0767-28-2900         |
| FAX番号    | 0767-28-2928         |

2. 事業の目的と運営の方針

あなたのご利用ホーム

|            |                                                          |
|------------|----------------------------------------------------------|
| 種類         | 短期入所事業所 平成24年 4 月 1日指定                                   |
| 目 的        | 利用者に対して、できる限り居宅に近い環境の中で、家事等の日常生活上の支援や食事や入浴、排泄等の介護を提供します。 |
| 名 称        | 学び舎あい                                                    |
| 責任者(管理者)名  | 藤沢 憲雄                                                    |
| サービス管理責任者名 | 荒磯 ひとみ                                                   |
| 所在地        | 石川県羽咋郡志賀町堀松辰73                                           |
| 主たる対象者     | 知的障害者・精神障害者・身体障害者                                        |
| 定員         | 2名                                                       |
| 運営方針       | 別紙・社会福祉法人四恩会 短期入所運営規程による                                 |
| 電話番号/FAX番号 | TEL0767-33-0033/FAX0767-33-0016                          |

|        |                                                                                  |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 電子メール  | <a href="mailto:manabivasoudan@shionkai.or.jp">manabivasoudan@shionkai.or.jp</a> |
| ホームページ | <a href="http://www.shionkai.or.jp">http://www.shionkai.or.jp</a>                |
| 開設年月日  | 平成24年 4月 1日                                                                      |

### 3. (居住ホーム) の概要

#### (1) (居住ホームの名称) 社会福祉法人四恩会 学び舎あい

|      |           |
|------|-----------|
| 構造   | 木造(平屋建て)  |
| 敷地面積 | 4,469.54㎡ |
| 延床面積 | 336.21㎡   |

#### (2) 主な設備

| 設備の種類       | 室数 | 面積     | 一人当たり面積 | 備考 |
|-------------|----|--------|---------|----|
| ポーチ         | 1  | 9.94㎡  | —       |    |
| 玄関          | 1  | 9.94㎡  | —       |    |
| リビング・ダイニング  | 1  | 64.67㎡ | —       |    |
| 相談室         | 1  | 9.94㎡  | —       |    |
| スタッフ室       | 1  | 9.94㎡  | —       |    |
| 短期入所1・2(共通) | 2  | 9.94㎡  | —       |    |
| 居室1～10(共通)  | 10 | 9.94㎡  | 9.94㎡   |    |
| 宿直室         | 1  | 9.94㎡  | —       |    |
| ミニキッチン      | 2  | 1.65㎡  | —       |    |
| キッチン        | 1  | 11.59㎡ | —       |    |
| 洗面脱衣室(共通)   | 2  | 4.14㎡  | —       |    |
| 浴室(共通)      | 2  | 4.14㎡  | —       |    |
| WC(共通)      | 2  | 3.31㎡  | —       |    |
| WC(共通)      | 2  | 6.62㎡  | —       |    |
| 廊下(共通)      | 2  | 19.87㎡ | —       |    |
| 押入(共通)      | 13 | 1.65㎡  | —       |    |

(3) 職員体制

| 職種    | 員数 | 区分 |    |     |    | 常勤換算後の職員 | 指定基準 |
|-------|----|----|----|-----|----|----------|------|
|       |    | 常勤 |    | 非常勤 |    |          |      |
|       |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |          |      |
| 管理者   | 1  | 1  |    |     |    |          |      |
| 生活支援員 | 1  | 1  |    |     |    |          |      |
| 嘱託医   | 1  |    |    |     | 1  |          |      |

4. 職員の勤務体制(グループホーム・短期入所共通)

| 職種          | 勤務時間                              |
|-------------|-----------------------------------|
| 世話人(常勤・非常勤) | 6:00～9:00、15:30～19:00             |
| 生活支援員       | 8:45～17:30(日勤)<br>10:00～18:45(遅番) |
| 当直員         | 17:00～22:00、6:00～9:00             |
| サービス管理責任者   | 8:45～17:30                        |

## 5. 短期入所サービスの概要

### (1) 入居者の定率負担額

別紙、四恩会短期入所個人利用説明書のとおりです。

### (2) 障害者総合支援に基づく介護給付から給付されるサービス

障害者総合支援法に基づく介護給付(市町村から支給される額及び入居者の定率負担額等)の範囲内で提供するサービスの内容は以下のとおりです。

#### ①基本的な生活にかかわる支援

| 種 類  | 内 容                                                                                                    |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事  | 利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。                                                                                 |
|      | 利用者の状況に応じ、介護します。                                                                                       |
|      | ＜食事時間・単価＞<br>朝食( 7:00 ) 200円／1食<br>昼食( 12:00 ) 400円／1食<br>夕食( 18:00 ) 400円／1食                          |
| 洗 濯  | 利用者が常に衛生的で清潔感のある衣類を身につけていただけるよう支援を行います。                                                                |
| 排 泄  | 利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行います。                                                                                |
| 着脱衣  | 季節や気候、利用者の状況や希望に応じた支援を行います。                                                                            |
| 整 容  | 個性に配慮し、適切な整容が行われるよう支援を致します。                                                                            |
| 清 掃  | 利用者が快適な生活を送れるよう、建物内の環境を清潔に保つことに努めます。居室以外の場所については職員が行うことを原則とします。また居室についても状況に応じて支援を行います。                 |
| 整理整頓 | 利用者本人の私物に関しては利用者自身で行っていただきます。但し、個々人の状況に応じて必要な支援を行う場合は、事前に利用者の了解を得てから職員が一緒に行うことを原則と致します。                |
| 移 動  | 利用者の心身状況に応じて適切な移動支援を致します。                                                                              |
| 安全管理 | 利用者の生活が安全で安心感のあるものとするため、必要な改善、修繕等の措置を講ずる等ハード面における安全確保の他、短期入所における利用者の安全配慮など安全面についてトータルな対応を行い、安全確保に努めます。 |

## ②日中活動にかかわる支援

| 種 類    | 内 容                           |
|--------|-------------------------------|
| 日中活動支援 | 日中活動先との調整等を連携し支援します。          |
| 社会活動支援 | 利用者の状態に応じて、権利行使に関わる活動を支援致します。 |

## ③社会生活にかかわる支援

| 種 類       | 内 容                                                                                             |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| コミュニケーション | 利用者個々の能力に応じて、様々な手法により意思を伝達することができるように支援します。                                                     |
| 金銭管理      | 基本的には利用者自身で行っていただきますが必要に応じて個々の能力に応じた方法で行えるよう支援します。                                              |
| 情報提供      | 社会参加を図る一環として、個別的な説明を含め、そのための有益で必要な情報を利用者へ提供致します。                                                |
| 人間関係      | 必要な人的・物的な環境調整とともに、円滑な人間関係を築くための社会性を身につけることができるよう支援します。                                          |
| 相談及び援助    | 利用者及びその身元引受人または法定代理人等からの相談については、必要に応じて相談を受け支援を行うよう努めます。<br><br>＜相談窓口＞ 学び舎あい    TEL 0767-32-5300 |
| 社会資源の利用   | 利用者がより社会と関わりのもてる生活を送ることのできるよう、地域住民の活動参加等社会資源の活用を図ります。                                           |

④保健医療にかかわる支援

| 種 類   | 内 容                                                                                                                                       |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 健康管理  | <p>&lt; 四恩会の嘱託医師 &gt;</p> <p>氏 名: 加藤 理良                      医療機関: 加藤病院</p> <p>診察科目: 内科、胃腸科、外科、リハビリテーション科</p>                             |
| 服薬管理  | <p>管理が必要な利用者については医師の処方にもとづき、職員が利用者の服薬を管理します。予薬はマニュアルに基づき、誤りのないよう万全を期します。</p>                                                              |
| 通院・治療 | <p>サービス時間内に発生した事故について、治療が必要な場合は通院します。</p> <p>急な発熱などについても、付き添いを行います。緊急性が低いもの、定期受診の付き添いには、付き添い料が必要です。</p> <p>また、家庭治療の超えない範囲で簡単な治療を行います。</p> |

⑤その他

|          |                                                                           |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|
| サービス提供記録 | <p>①適正に記録し管理保管します。</p> <p>②ご希望の方は、閲覧できます。</p> <p>③ご希望の方は、複写物の交付を致します。</p> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------|

## 6. 苦情申立先

|                       |                                                    |
|-----------------------|----------------------------------------------------|
| 苦情解決委員会               | 受付担当者:荒磯 ひとみ                                       |
|                       | 責任者:藤沢 憲雄                                          |
|                       | 第三者委員:宝達 理恵、吉井 一貴                                  |
|                       | 担当者不在の時は、四恩会の職員が代行致します。                            |
| 志賀町健康福祉課              | 所在地: 石川県羽咋郡志賀町末吉千古1-1                              |
|                       | 電話番号:0767-32-9131                                  |
| 石川県障害保健福祉課            | 所在地:石川県金沢市鞍月1丁目1番地                                 |
|                       | 電話番号:076-225-1426~8                                |
| 石川県福祉サービス<br>運営適正化委員会 | 石川県社会福祉協議会内<br>Tel 076-234-2556 / Fax 076-234-2558 |

## 7. 協力医療機関

協力医療機関は、入院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  | 所在地                     | 電話番号         | 診療科目                                                 |
|--------|-------------------------|--------------|------------------------------------------------------|
| 町立富来病院 | 石川県羽咋郡志賀町富来地頭町7の110番地の1 | 0767-42-1122 | 内科・小児科・精神科・神経内科・外科・整形外科・心臓血管外科・婦人科・眼科・皮膚科・リハビリテーション科 |
| 加藤病院   | 石川県羽咋郡志賀町志賀町高浜町へ1-1     | 0767-32-1251 | 内科・胃腸科・外科・整形外科・リハビリテーション科                            |

## 8. 非常災害時の対策

|        |                                               |    |        |    |
|--------|-----------------------------------------------|----|--------|----|
| 非常時の対応 | 「グループホーム災害等緊急時対応規程」及び「グループホーム消防計画書」により対応致します。 |    |        |    |
| 防災訓練   | 年2回の訓練を行います。                                  |    |        |    |
| 防災設備   | ・消火器                                          | あり | ・避難ばしご | あり |
|        | ・火災報知器                                        | あり | ・誘導標識  | あり |

## 9. 短期入所を利用の際に留意していただく事項

学び舎あいを利用されている方々の生活の場としての快適性や安全性を保つため、次に掲げる事項についてご留意ください。

|            |                                                                            |
|------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用   | 建物内の設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。           |
|            | 短期入所サービスを利用する際、本人・対物損害賠償保険にご加入下さい。                                         |
| 喫 煙        | 喫煙は建物内で決められた時間に決められた場所をお願いします。                                             |
| 貴重品の管理     | 利用者の所有する貴重品につきましては、ご自身の責任において管理していただくことが原則です。紛失等の事故に対する責任は、四恩会で負うことは出来ません。 |
| 宗教・政治・営利活動 | 利用者の思想・信教は自由ですが、他の入居者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮下さい。                |
| 動物飼育       | 建物内へのペットの持ち込みについてはご遠慮ください。                                                 |
| 衛生保持       | 建物内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力下さい。                                               |
| 防災対策       | 火災予防の規律に関しては特に注意を払い、必ず守って下さい。                                              |
| その他        | 利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合、必要な措置をとることができるものとします。              |
|            | その場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。                                         |
|            | 退所後は速やかに持ち込み物品をお引取り下さい。四恩会が残置物を引き渡す場合は実費をいただきます。                           |



## 10. 障害者総合支援法に基づく介護給付支給外サービス(入居者負担によるサービス)

障害者総合支援法に基づく介護給付支給外サービスを提供した場合は、利用料金をいただきます。なお、利用料金明細につきましては、四恩会短期入所個人利用説明書によりご確認ください。

### ①社会生活上の便宜

| 種類       | 内 容                                 |
|----------|-------------------------------------|
| 薬の受け取り代行 | 薬を受け取りに行けない方に代わって、受け取りに行きます。550円／1回 |

### ②その他利用者の希望により提供するサービス

| 種類    | 内 容                                                   |
|-------|-------------------------------------------------------|
| 成人病検診 | 成人病検診や癌検診を支援します。                                      |
| 予防注射  | 自分で病院に行くことのできない利用者の希望により、インフルエンザ等<br>の予防接種の付き添いを行います。 |
| その他   |                                                       |

## 11. 利用料及び支払方法

料金、費用は、1ヵ月ごとに計算し、利用の翌月20日までにご請求いたしますので、末日までにお支払いください。入所時や退所時など1ヶ月に満たない期間のサービスについては日割り計算にてご請求いたします。

|                    |                                                                                                                            |      |    |  |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----|--|
| 食費                 | 200                                                                                                                        | 円／1食 | 朝食 |  |
|                    | 400                                                                                                                        | 円／1食 | 昼食 |  |
|                    | 400                                                                                                                        | 円／1食 | 夕食 |  |
| 光熱水費等              | 500                                                                                                                        | 円／日  |    |  |
| ア、<br>イ、<br><br>ウ、 | 窓口現金支払い。<br>下記指定口座への振り込み<br>北國銀行 押水支店（普通）No.145824<br>口座名義 社福）四恩会 理事長 真田 穰治<br>金融機関口座からの引き落とし<br>ご利用できる金融機関：北國銀行、郵便局、他各種銀行 |      |    |  |

## 12. 事故発生時の対応

事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。また、事業所は損害賠償に備えるため、以下の保険に加入しています。

| 保険名                      | 保険会社名         | 補償内容                         |
|--------------------------|---------------|------------------------------|
| 社会福祉施設総合保険<br>「しせつの損害補償」 | 株式会社 損害保険ジャパン | 施設業務のための補償<br>(訪問・相談等サービス補償) |

## 13. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

|        |                                        |
|--------|----------------------------------------|
| 実施の有無等 | 無し                                     |
| その他    | 福祉サービス第三者評価は、基本的に3年に1度の受審を目標に取り組んでいます。 |

私は、本書面にもとづいて四恩会の職員(職名 サービス管理責任者 荒磯 ひとみ)から、上記重要事項及び短期入所の個人利用説明書の説明を受けたことを確認します。

令和            年            月            日

入 居 者

住所

氏 名

印

法定代理人

住所

( )

氏 名

印

当四恩会は、                                        様に対する短期入所の提供にあたり、上記重要事項及び短期入所の個人利用説明書について説明しました。

令和            年            月            日

事業所

住所 羽咋郡宝達志水町今浜新耕128-1

名 称 社会福祉法人四恩会

代表者 理事長 真田 穰治

説明者 サービス管理責任者 荒磯 ひとみ

# 短期入所個人利用説明書

## 学び舎あい

この個人利用説明書は、契約書第5条及び第6条に基づき、入居者に対して障害者総合支援法に基づく介護給付支給額や入居者の定率負担額等を具体的に説明するものです。

作成日： 年 月 日

### <入居者>

|                                    |            |       |     |   |    |     |
|------------------------------------|------------|-------|-----|---|----|-----|
| <input type="checkbox"/> 氏名：       | 様          | 昭和・平成 | 年   | 月 | 日生 | 歳   |
| <input type="checkbox"/> 住所：       |            |       |     |   |    |     |
|                                    | 電 話        | FAX   |     |   |    |     |
| <input type="checkbox"/> 介護給付支給期間： | 年          | 月     | 日から | 年 | 月  | 日まで |
| <input type="checkbox"/> 緊急連絡先：    | 様（利用者との続柄） |       |     |   |    |     |
|                                    | 住 所        |       |     |   |    |     |
|                                    | 電 話        | FAX   |     |   |    |     |

### <サービス提供>

|                                       |                      |
|---------------------------------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> 名 称          | ： 学び舎あい              |
| <input type="checkbox"/> 責 任 者 名      | ： 藤沢 憲雄              |
| <input type="checkbox"/> 所在地          | ： 石川県羽咋郡志賀町堀松辰73     |
| <input type="checkbox"/> 電 話          | ： 0767-33-0033       |
| <input type="checkbox"/> 支援体制の拠点      | ： 共同生活援助事業所 学び舎あい    |
| <input type="checkbox"/> 支援体制の拠点の所在地  | ： 石川県羽咋郡志賀町堀松辰73     |
| <input type="checkbox"/> 電 話          | ： 0767-33-0033       |
| <input type="checkbox"/> FAX          | ： 0767-33-0016       |
| <input type="checkbox"/> サービス管理責任者    | ： 荒磯 ひとみ             |
| <input type="checkbox"/> 個別支援計画作成年月日： | 初回／ 年 月 日<br>年 月 日変更 |

### <利用料金>

☐障害者総合支援法に基づく介護給付支給対象サービスに関する利用料金

| 内 容                    | 金 額 |
|------------------------|-----|
| A. 障害者総合支援法に基づく介護給付支給額 | 円   |
| B. 代理受領額               | 円   |
| C. 定率負担額               | 円   |
| 合計 B+C=A               | 円   |

※ 市町村が定める個別減免額は 円です

☐障害者総合支援法に基づく介護給付支給対象外サービスに関する利用料金

(1) 1ヶ月毎に料金をお支払いいただくサービス

| ご利用サービス  | 利用料金   | 備考 |
|----------|--------|----|
| 1. 朝食代   | 200円／食 |    |
| 2. 昼食代   | 200円／食 |    |
| 3. 夕食代   | 400円／食 |    |
| 4. 光熱水費等 | 500円／日 |    |

(2) 1回のご利用ごとにお支払いいただくサービス

| ご利用サービス     | 利用料金    | 備考 |
|-------------|---------|----|
| 1. 薬の受け取り代行 | 550円／1回 |    |
| 2. 活動費      | 実費      |    |

(3) その他

| ご利用サービス | 利用料金 | 利用の有無 |
|---------|------|-------|
| 1.      |      |       |
| 2.      |      |       |

☐ 利用料金の支払い方法

料金、費用は、1ヶ月ごとに計算し、利用の翌月20日までにご請求いたしますので、末日までにお支払いください。入所時や退所時など1ヶ月に満たない期間のサービスについては日割り計算にてご請求いたします。