

特別養護老人ホーム ナザレ園

身体障害者・知的障害者短期入所サービス
重要事項説明書

令和３年８月１日改定

「指定身体障害者・知的障害者短期入所サービス利用契約」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条に基づき、当事業所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説明するものです。

※当施設では、利用者に対して指定障害者短期入所サービスを提供します。
当サービスの利用は、原則として障害福祉サービス費の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業所経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
2. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・	2
3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・	2
4. 居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
5. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・	3
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金・・	5
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について	8
8. サービス提供における事業者の義務・・	8
9. サービス利用に関する留意事項・・・・・・・・	9
10. 苦情の受付について・・・・・・・・・・	10
11. 損害賠償について・・・・・・・・・・	11
12. サービス利用をやめる場合・・・・・・・・	11
13. 第三者による評価の実施状況・・・・・・・・	12

社会福祉法人ナザレ園

当事業所は身体障害者・知的障害者短期入所事業の
指定を受けています。

(茨城県指定 第 08000100496134 号)

1. 事業所経営法人

名 称	社会福祉法人 ナザレ園
所在地	茨城県那珂市中里 361 番地 2
電話番号	029-296-0316
代表者氏名	理事長 菊池 義
設立年月	昭和 24 年 4 月 1 日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定身体障害者・知的障害者短期入所事業所 (平成 17 年 6 月 1 日指定) 茨城県第 08000100496134 号
事業所の目的	指定身体・知的障害者短期入所サービスは身体障害者福祉法に従い、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、利用者の自立及び充実した日常生活を営むことが出来るように支援することを目的として、利用者に日常生活を営むために必要な居室及び公共施設等をご利用いただき、身体・知的障害者短期入所サービスを提供します。
事業所の名称	特別養護老人ホームナザレ園
事業所の所在地	茨城県那珂市中里 342 番地 3
電話番号	029-296-0177
事業所長(管理者)	菊池 義
事業所の運営方針について	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、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するよう、適切な技術をもって必要な保護を行います。また、事業の実施にあたっては、関係市町村、地域の保健、医療、福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的な提供に努めます。
開設年月	平成 17 年 6 月 1 日
利用定員	10 人
建物の構造	鉄筋コンクリート 平屋建て
建物の延べ床面積	4677.55 m ²
事業所の周辺環境	ユニット型指定地域密着型介護老人福祉施設、特別養護老人ホーム、通所介護、居宅介護支援事業所、那珂市地域包括支援センター、訪問介護、訪問看護、福祉用具貸与事業、配色サービス事業、福祉タクシー
事業者が併設している施設	指定介護老人福祉施設 昭和 39 年 10 月 1 日 茨城県第 0873300206 号

3. 事業実施地域及び営業時間

事業実施地域	那珂市、常陸大宮市、常陸太田市、水戸市、ひたちなか市
営業日	年中無休
受付時間	月～金・土・日・祝日 8 時 30 分～17 時 30 分

4. 居室の概要

(1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
個室（1人部屋）	2室	
2人部屋	0室	
4人部屋	2室	
合 計	4室	

当事業所では以下の居室・設備をご用意しています。利用される居室は、原則として4人部屋ですが、個室など他の種類の居室のご利用をご希望される場合は、その旨お申し出下さい。

（但し、利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。）

(2) 居室以外の施設設備の概要

当事業所では、居室以外に下記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、指定身体障害者短期入所事業所に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

施設設備の種類	室数	備 考
食堂	1室	
医務室	1室	
静養室	1室	
浴室	1室	個人浴・機械浴・特殊浴
機能訓練室	1室	

(3) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定します。また、ご利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

5. 職員の配置状況

当事業所は、指定短期入所生活介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職 種	常 勤 換 算	指 定 基 準
施 設 長 （ 管 理 者 ）	1名	1名
副 施 設 長	1名	
介 護 職 員	33名以上※1	39名
生 活 相 談 員	2名以上※2	2名

看護職員	6名以上※1	5名
機能訓練指導員	1名以上※2	1名
介護支援専門員	1名以上	1名
管理栄養士	1名以上※2	1名
栄養士		
障害者生活支援員	1名	1名
調理員	6名以上	
医師（嘱託）	（非常勤） 5名	1名

※ 常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。なお、事業所長（管理者）及び調理員、医師（嘱託）については常勤換算ではありません。

（例）週に8時間勤務の介護職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

※1 介護職員の人員は、看護職員と合算することができます。

※2 当施設は、「特別養護老人ホーム ナザレ園」「特別養護老人ホーム ナザレ園 オリーブ」を一体型としてサービス提供しております。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
1. 医 師	毎 週 月・水・土 曜 日
2. 介 護 職 員	早々番 6：30～15：30
	早 番 7：30～16：30
	日 勤 9：30～18：30
	遅 番1 10：00～19：00
	遅々番1 10：30～19：30
	遅々番2 11：30～20：30
	遅々番3 12：30～21：30
	夜 勤1 16：30～ 9：30
	夜 勤2 21：15～ 6：45
3. 看 護 職 員	早々番 7：00～16：00
	早 番 7：30～16：30
	普通勤務 8：30～17：30
	遅 番 10：00～19：00
4. 機能訓練指導員	普通勤務 8：30～17：30
5. 生 活 相 談 員	早 番 7：30～16：30
	普通勤務 8：30～17：30
	遅 番 10：00～19：00
5. 管 理 栄 養 士	早 番 7：30～16：30
	普通勤務 8：30～17：30
	遅 番 10：00～19：00
5. 事 務 職 員	通常勤務 8：30～17：30

＜配置職員の職種＞

介護職員	利用者の日常生活上の介護並びに健康保持のための相談・助言等を行います。 3名の利用者に対して1名の介護職員を配置しています。
生活相談員	利用者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。1名の生活 相談員を配置しています。
看護職員	主に利用者の健康管理や療養上の世話をしますが、日常生活上の介護、 介助等も行います。1名の看護職員を配置しています。
機能訓練指導員	利用者の機能訓練を担当します。1名の機能訓練指導員を配置しています。
医師	利用者に対して健康管理及び療養上の指導を行います。 1名の嘱託医を配置しています。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第4条、第5条参照）

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|---|
| (1) 支援費の対象となるサービス
(2) 利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス(支援費の対象外のサービス) |
|---|

があります。

(1) 支援費の対象となるサービス

以下のサービスについては、障害福祉サービス費が支給されます。事業者が障害福祉サービス費を代理受領する場合には、利用者は、利用者本人および扶養義務者の負担能力に応じて市町村が定めた額を事業者にお支払いいただきます。

※ 障害福祉サービス費対象サービス（ホームヘルプサービス、デイサービス、ショートステイサービス）全体の利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。

なお、障害福祉サービス費対象サービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。本事業所が代理受領した障害福祉サービス費額については、利用者にその都度通知します。

＜障害福祉サービス費の対象となるサービスの概要＞

①日常生活の支援

i 食事（但し、食材料費は別途いただきます。）

- ・当事業所では栄養士（管理栄養士）の立てる献立表により、栄養並びに利用者の身体
の状況及び嗜好を考慮した食事を提供します。
- ・利用者の自立支援のため離床して食堂にて食事をとって頂くことを原則としています。

（食 事 時 間）

	朝 食	昼 食	夜 食
食 堂	7：30	12：00	18：00
居 室	7：30	11：30	17：30

ii 入浴

- ・入浴又は清拭を週2回から3回の目安で行います。1泊のご利用でも1回は実施します。
- ・障害や身体状況にあわせ機械浴槽を使用して入浴することができます。

iii 排泄

- ・利用者の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

②送迎サービス

- ・利用者の希望により、通常の送迎実施区域においては、ご自宅と事業所間の送迎を行います。

③健康管理

- ・常時は、看護師により、疾病予防、健康管理に努めます。
- ・処方された薬は、利用者の状況により看護師が管理します。

③社会的活動の支援

i 日中活動の支援

- ・自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の心身の状況に応じて支援します。

ii 余暇活動の支援

- ・地域において潤いのある質の高い生活を送ることができるよう支援します。

④相談援助

- ・利用者及びその家族からのいかなる相談についても誠意をもって応じ、可能な限り必要な援助を行うように努めます。

（１） 基本的なサービスの利用料金（１日あたり）

１単位あたりの単価は 10.36 円です。（那珂市：８級地）

区分	単位（１単位 1.036 円）
区分 6	882
区分 5	750
区分 4	619
区分 3	557
区分 1・2	486

（２） 体制加算（１日あたり）

加算	単位（１単位 1.036 円）
栄養士配置加算	22
食事提供体制加算	68
送迎加算	186

※下記に該当する場合、月あたりの負担額が軽減されます。

〈定率負担・実費負担の軽減措置の対象者（世帯）〉

- ① 生活保護・・・生活保護受給世帯
- ② 低所得 1・・・市町村民税非課税であって障害者又はその保護者の収入が 80 万円以下であるもの
- ③ 低所得 2・・・市町村民税非課税世帯であるもののうち、②に該当しないもの

（３）支援費の対象外のサービス

下記のサービスについては、支援費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。

① 食事の材料の提供（食材料費）

利用者に提供する食事にかかる費用です。

利用料金（1445 円／日）：朝食 240 円、昼食 555 円、夕食 650 円

② 理髪・美容

理美容サービスをご利用いただけます。

利用料金：1 回あたりカット 2,000 円

③ 持込等による専用の電気製品の電気料金

アンカ・電気毛布等 1 月 700 円、その他の電気製品 1 月 500 円

④ レクリエーション、クラブ活動

利用者の希望によりレクリエーションやクラブ活動に参加していただくことができます。

利用料金：通常の活動を超えて希望した場合及び外出行事の食事代等については、材料代等の実費をいただきます。

⑤ 複写物の交付

ご契約者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には、実費をご負担いただきます。

⑥ 日常生活上必要となる諸費用実費

日常生活品の購入代金等は、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約書に負担いただくことが適当であるものにかかる費用をご負担いただきます。（実費をいただきます。）

おむつ代は介護保険給付対象となっていますのでご負担の必要はありません。

⑦ おやつ代 1 食 100 円（税別）

（４）利用料金・費用のお支払い方法

前記（１）、（２）、（３）の料金・費用は、サービス利用月の末日に締め、翌月にお支払いいただきます。

窓口での現金支払い（翌月末までにお支払ください。）

（５）利用の中止、変更、追加（契約書第６条参照）

①利用予定日の前に、利用者の都合により、サービス計画表（支援計画）で定めたサービスの利用を中止又は変更もしくは新しい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（受付時間内）までに事業者にお申し出ください。

②利用の中止につきまして利用予定日の前日（受付時間内）までにお申し出のない場合は、取り消し料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等やむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日（受付時間内）までの取り消し	無料
上記時間以降の取り消し	利用者負担相当額

③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を提供することができない場合、他の利用日時を利用者に提示して協議します。

（６）利用料金の変更

所定の料金について、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う２か月前までにご説明します。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第９条第５項）

事業者は、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 午前８：３０～午後５：３０

8. サービス提供における事業者の義務（契約書第８条・第９条参照）

当事業所では、利用者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

（１）（自立等の支援）事業者は利用者に対し、利用者の自立と社会経済活動への参加促進の観点から、できる限り居宅に近い環境の中で、必要なサービスを適切に行います。

（２）（利用者の意思等の尊重）事業者は、利用者の意思と人格を尊重し、常に利用者の立場にたって、短期入所サービスを提供します。

(3) (安全配慮義務) 事業者は、サービスの提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

(4) (説明義務) 事業者は、本契約に基づく内容について、利用者の質問等に対して適切に説明しなければなりません。

(5) (守秘義務) 事業者及びサービス従事者は、本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やその家族等の秘密について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。

(6) (身体拘束の禁止) 事業者は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

(7) (記録整備保存義務) 事業者は、サービス提供に関する記録を整備し、サービス提供日から5年間保存します。利用者は、事業者の受付時間内に自分の記録を見ることができますし、実費を負担してコピーすることもできます。

9. サービス利用に関する留意事項

当事業所のご利用にあたって、サービスを利用されている利用者の快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

(1) 持ち込みの制限

○日常使用する衣類及び用品に制限します。また、家電製品については、原則として禁止しますが、どうしても必要なものは協議させていただきます。

(2) 施設・設備の使用上の注意（契約書第10条・第11条参照）

○居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。

○故意に、またはわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、相当の対価をお支払いいただく場合があります。

○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には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、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。

○当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(3) 喫煙

○事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

(4) サービス利用中の医療の提供について

○医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記協力医療機関において診療や入院治療を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療・入院治療を義務づけるものではありません。)

①協力医療機関

志村大宮病院 常陸大宮市上町 313 T E L 0295-53-1111

②協力歯科医療機関

山口歯科医院 那珂市古徳 252 T E L 029-296-2121

10. 苦情の受付について（契約書第17条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

〔担当者職名〕 生活相談員 會澤 真悟

○受付時間 毎週月曜日～日曜日

○苦情解決責任者

〔担当者職名〕 事業所長（施設長） 菊池 義

受付時間 午前 8：30～午後 5：30

また、苦情受付ボックスを中央通路に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

那珂市福祉事務所 所担当課	所在地	茨城県那珂市福田 1819-5
	電話番号	029 (298) 1111
	F A X	029 (298) 0944 029 (295) 4244
	受付時間	8：30～17：15
国民健康保険団体連合会	所在地	茨城県水戸市笠原町 978-26 茨城県市町村会館内
	電話番号	029 (301) 1565
	F A X	029 (301) 1579
	受付時間	8：30～17：00
茨城県社会福祉協議会	所在地	茨城県水戸市千波町 1918
	電話番号	029 (241) 1133
	F A X	029 (241) 1434
	受付時間	8：30～17：00
常陸大宮市役所 介護長寿課	所在地	茨城県常陸大宮市中富町 3135-6
	電話番号	0295(52)1111

	受付時間 8:30～17:15
常陸太田市役所 福祉事務所 高齢福祉課	所在地 茨城県常陸太田市金井町 3690
	電話番号 0294(72)3111
	FAX 0294(72)3002
	受付時間 8:30～17:15
ひたちなか市 介護保険課	所在地 茨城県ひたちなか市東石川 2丁目10番1号
	電話番号 029(273)0111
	FAX 029(354)1062
	受付時間 8:30～17:15
城里町役場 本庁舎	所在地 茨城県東茨城郡城里町大字石 塚 1428-25
	電話番号 029(288)3111
	FAX 029(288)3113
	受付時間 8:30～17:15
水戸市市役所	所在地 茨城県水戸市三の丸1-5-48
	電話番号 029(232)9177
	FAX 029(232)9230
	受付時間 8:30～17:15

1 1. 損害賠償について（契約書第 12 条参照）

当事業所において、事業者の責任により利用者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、利用者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

1 2. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期限は、契約締結の日から 6 ヶ月間ですが、契約期間満了の 2 日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に 6 ヶ月間同じ条件で更新され、以後も同様となります。契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了します。（契約書 13 条参照）

- ①利用者が死亡した場合
- ②事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ③施設の滅失や重大な毀損により、利用者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ④施設が事業所の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑤ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑥事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) 利用者からの解約・契約解除の申し出（契約書第 15 条参照）

契約の有効期限であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。その場合には、契約終了を希望する日の 7 日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除することができます。

- ①事業者もしくは、サービス従事者が正当な理由なく本契約に定める短期入所サービスを実施しない場合
- ②事業者もしくはサービス従事者が第9条第1項から第5項に定める義務に違反した場合
- ③事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ④他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において従事者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第 16 条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ①契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれをつけず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ②ご契約者による、サービス利用料金の支払いが2ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

13. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		

令和 年 月 日

指定身体障害者・知的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行いました。

指定身体障害者・知的障害者短期入所サービス 特別養護老人ホームナザレ園

説明者職名 生活相談員 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定身体障害者短期入所サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名 _____ 印 _____