

岐阜県立サニーヒルズみずなみ

「指定身体障害者短期入所サービス」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当施設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、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意くださ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身体障害者短期入所サービスを提供しません。当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. サービスを提供する事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 事業実施地域及び営業時間・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
4. 居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3～4
5. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
6. 当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・ 6～8
7. 利用者の記録や情報の管理、開示について・・・・・・・・ 9
8. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9

社会福祉法人岐阜県福祉事業団
(岐阜県立サニーヒルズみずなみ)
当施設は岐阜県の指定を受けています。
(指定 第 2111600082 号)

1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 岐阜県福祉事業団
所在地	岐阜県岐阜市下奈良2丁目2番1号
電話番号	058-273-1111
代表者氏名	理事長 洞田 律男
設立年月	昭和42年3月18日

2. ご利用施設

施設の種類	指定施設・平成22年4月1日指定 岐阜県2111600082号
施設の目的	障害者短期入所サービス
施設の名称	岐阜県立サニーヒルズみずなみ
施設の所在地	岐阜県瑞浪市陶町猿爪657-34
電話番号	0572-65-3322
施設長(管理者)	吉村 信
施設の経営方針	1 「ノーマライゼーション」と「リハビリテーション」を基本に、利用者の皆様の権利を尊重し、お一人おひとりが明るく、楽しく、生きがいを持って生活していただけるよう、生活の質の向上をめざして支援します。 2 岐阜県福祉事業団独自の第三者機関「利用者の豊かな生活をめざす委員会」の意見を尊重し、利用者の皆さまの「権利擁護」と「生活の質の向上」に努めます。 3 東濃圏域における身体障害者支援の拠点施設としての地域福祉に貢献します。 4 積極的に地域交流を進め、地域に根ざし、開かれた施設をめざします。
開設年月	平成 3年 4月 1日
利用定員	4人
事業所が併設している施設	指定障害者支援施設 平成22年4月1日 岐阜県 2111600082号

3. 事業実施地域及び営業時間

事業地域	岐阜県内(送迎に関しては別紙区域)
営業日	年中無休
受付時間	月～金 8:30～17:15

	土・日・祝日も受付は可能ですが、正式には月曜以降となる場合があります。
サービス提供時間帯	24時間

4. 居室の概要

(1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	備考
2人部屋	2室	一室は、パーティションで区切り準個室

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

当施設では、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、指定身体障害者施設に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用にかかる費用については、ご利用者に特別にご負担いただくことはありません。

施設設備の種類	室数	備考
食堂	1室	テレビ、電子レンジ
会議室	1室	机、椅子、インターネット
医務室	1室	体重計、血圧計、吸引機 酸素ボンベ、診療ベッド、
静養室（診察室）	1室	ベッド
浴室	1室	特殊浴槽、一般浴槽
洗面所	3室	洗面台、棚（洗面用具置き場）
便所	5室	洗浄便器、洗面台
機能回復訓練室	1室	カラオケ機器、リハビリ器具 舞台、机、椅子
ユートピア（喫茶室）	1室	喫茶コーナー、冷蔵庫、テレビ
ダイルーム	2室	テレビ
喫煙コーナー	1ヶ所	換気扇 分煙機 灰皿

(3) 居室の変更

ご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、ご利用者やご家族等と協議のうえ決定するものとします。

(4) 施設・設備ご利用上の注意事項

当施設において、居室その他の施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

① 持込の制限

ご利用者が自由に使用できるスペースには限りがありますので、職員にご相談ください。また、居室内で多くの電化製品を使用される場合にも、職員にご相談ください。(別途使用料を頂く場合があります。)

② ご面会

面会時間は限定しませんが、ご利用者の生活の状態等がありますので朝食後から、午後8時頃までにお願いします。その他の時間については、事前にご連絡ください。なお、ご来園時には、事務室前の「連絡表」にご記入の上、ワーカールームまでお持ちください。

③ 施設、設備の使用上のご注意

- i 居室及び共用設備、敷地をその本来の用途に従ってご利用ください。
- ii 故意に、施設設備等を壊したり、汚したりした場合には、ご利用者の負担により現状に修復していただくか、あるいは相当額の代金をお支払いしていただく場合があります。
- iii ご利用者に対するサービスの提供及び安全衛生管理上の必要が認められる場合には、ご利用者の居室に立ち入り必要な措置を行う場合があります。ただし、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。
- iv 当施設の職員や他のご利用者に対し、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。

④ 喫煙

施設内の指定喫煙場所以外での喫煙はできません。

5. 職員の配置状況

〈配置人員〉

職 種	常 勤	非常勤
1. 園長 (管理者)	1名	名
2. ワーカー (看護師)	4名	1名
3. ワーカー (作業療法士)	1名	名
3. サービス管理責任者	1名	名

4. ケアワーカー	14名	19名
5. ワーカー(栄養士「管理栄養士」)	1名	名
6. 次長・事務員	2名	1名

当施設では、ご利用者に対して指定身体障害者療護施設のサービス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。

※職員の配置については、指定基準をクリアしています。

<主な職種の勤務体制>

職種	勤務体制
1. ケアワーカー (生活支援員)	標準的な時間帯における最低配置人員 7:00～15:45 2名 7:30～16:15 2名 10:15～19:00 2名 10:45～10:30 2名 16:30～翌10:00 2名
2. サービス管理責任者	標準的な時間帯における最低配置人員 8:00～16:45 9:15～18:00
3. ワーカー (看護師)	標準的な時間帯における最低配置人員 8:00～16:45 1名(夜間は自宅待機) 9:15～18:00 1名(夜間は自宅待機) 9:00～14:45 1名
4. 医師	毎週 水曜日 10:00～12:00
5・作業療法士	標準的な時間帯における最低配置人員 8:30～17:15 1名

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 介護給付費の対象となるサービス (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス |
|--|

(1) 介護給付費の対象となるサービス (契約書第4条、第5条参照)

以下のサービスについては介護給付費が支給されます。施設が法定代理受領する場合には、ご利用者は、利用者ご本人及び扶養義務者の所得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。

また、本施設が代理受領した額については、ご利用者にその都度通知します。

*対象サービスにかかる利用者負担額は、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、当施設への月々の利用負担額は変わることがあります。

なお、対象サービスの場合でも、法定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、一旦全額を施設にお支払い頂きます。

<対象となるサービスの概要>

①日常生活の支援

i 食事の提供

- ・栄養に配慮し、ご利用者の身体の状況・希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

朝食（8：00～9：00）

昼食（12：00～13：00）

夕食（18：00～19：00）

ii 入 浴

- ・入浴は、一人当たり毎週3回を基準に行います。ご利用者の身体の状況と希望等を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるよう支援し、入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

iii 排 泄

- ・ご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。

iv 着脱衣

- ・ご利用者の心身の能力を最大限活用し、着脱衣の自立に向けた支援を行います。

v 整 容

- ・ご利用者の心身の能力を最大限活用し、利用の自立に向けた支援を行います。

②送迎サービス

- ・ご利用者のご希望により、ご自宅と施設間の送迎を行います。

通常の送迎実施地域
多治見市 ・ 瑞浪市 ・ 土岐市 ・ 恵那市

③医療および健康管理

i 医療

嘱託医師による診察・治療

嘱託医	医師名	所在地	診療科	診察日
東濃厚生病院	安藤 操	瑞浪市土岐町86	内科	毎週水曜日

ii 服薬の支援

iii 通院と治療

④社会的活動の支援

i 日常生活支援

地域において社会生活を送るための機能維持等を目指した支援

ii 余暇活動支援

iii その他の社会活動支援

⑤相談援助

生活相談、医療相談、福祉機器に関する相談、その他の相談

(2) 介護給付費の対象外サービス

下記のサービスについては介護給付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頂きます。なお、この所定料金は、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、変更することがあります。その場合には事前に変更の内容とその事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

①ご利用者が希望する特別なサービスの提供とこれに伴う費用

②日常生活上の諸費用

③その他（食事代〔朝・昼・夕〕・光熱費）

別途「岐阜県立サニーヒルズみずなみ利用者に係る預かり金管理要領」に基づき管理を行います。

④その他（食事代「朝・昼・夕」光熱費）

対象外の各サービス	料 金
食事代（朝 食）	379円（食材費用分210円）
食事代（昼 食）	584円（食材費用分283円）
食事代（夕 食）	616円（食材費用分283円）
光熱費（1日あたり）	328円
日常生活上必要となるもの	実 費

* 食事提供体制加算該当者の方は、食材費用分を徴収致します。

(3) 利用料金のお支払い方法（契約書第5条参照）

前記（1）、（2）の料金・費用は、月毎及びサービス利用終了時に、利用期間分の合計金額をお支払いください。

(4) 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、ご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（3頁受付時間内）までに施設にお申し出ください。

② 利用の中止について、利用予定日の前日（3頁受付時間内）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、ご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、ご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、他の利用日時をご利用者に提示して協議します。

<利用者負担の減免について>

〔利用者負担に関する月額上限〕

○ 1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「負担金」については、所得に応じて4区分の月額負担上限額が設定されており、それ以上の負担は必要ありません。

区分	世帯の収入状況	1ヶ月あたりの負担上限
生活保護	生活保護受給者世帯	0円
低所得1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用 するご本人の収入が年間80万円以下の方	0円
低所得2	市町村民税非課税世帯	0円
一 般	市町村民税課税世帯	37,200円

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）

施設は、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コピー料などの諸費用は、ご利用者の負担となります。）

◇ 閲覧できる時間帯午前8：30～午後5：15（土・日・祭日等の休日では時間がかかる場合があります。）

8. 苦情の受付について（契約書第13条参照）

（1）当施設における苦情の受付（なんでも相談）

当施設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）

中 村 鈴 彦 [職名] 次長

○受付時間 月曜日～金曜日

8：30～17：15

○苦情解決責任者

氏 名 吉 村 信 [職名] 園長

○第三者委員

氏 名 塚 本 恵 子 [有識者]

連絡先（電話番号） 0572-65-2488

氏 名 小 木 曾 光 美 [有識者]

連絡先（電話番号） 0572-65-2591

また、苦情受付ボックスを事務室前、各フロアの廊下（3ヶ所）に設置しています。

（2） 行政機関その他苦情受付機関

市・町・村 支援費担当課	所在地・電話番号・FAX・受付時間
(岐阜県社会福祉協議会) 岐阜県運営適正化委員会	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉農業会館 電話番号・058-278-5136 FAX・058-278-5137 受付時間 9：00～16：00（祝日、年末年始除く）

指定身体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。

事業者（法人名） 社会福祉法人 岐阜県福祉事業団

施設名 指定障害者支援施設
岐阜県立サニーヒルズみずなみ

平成 年 月 日

説明者 職 名
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。

平成 年 月 日

契約者 住 所
氏 名 印

身元引受人 住 所
氏 名 印

続 柄 （ ） 電話 （ ）