

指定障害者支援施設 厚真リハビリセンター(短期入所)

重要事項説明書

この重要事項説明書は、障害者支援施設厚真リハビリセンターが提供する「指定短期入所」について、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条並びに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

◆◆◆ 目 次 ◆◆◆

1. サービスを提供する事業者	2
2. 利用事業所	2
3. サービスに係る設備等の概要	2
4. 従業員の配置状況	4
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	5
6. 利用者の記録や情報の管理、開示について	8
7. 権利擁護・虐待防止について	9
8. 緊急時の対応について	11
9. 事故発生時の対応について	11
10. 第三者による評価の実施状況について	11
重要事項説明の同意書について	12

社会福祉法人 北海道厚真福祉会
厚真リハビリセンター
当事業所は 北海道 の指定を受けています
(北海道 指定 第0113601447)

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 北海道厚真福祉会
所在地	北海道勇払郡厚真町新町 116 番地の 3
電話番号・FAX	TEL 0145-27-3111 FAX 0145-27-3760
代表者氏名	理事長 近 藤 泰 行
法人の設立年月	昭和52年 8月 1日

2. 利用事業所

事業所の種類	平成23年 2月28日 北海道指定 北海道 第0113601447号	
	指定障害者短期入所事業所	生活介護（日中活動サービス事業所）
事業所の名称	障害者支援施設 厚真リハビリセンター	
施設の所在地と 連絡先	北海道勇払郡厚真町新町 116 番地の 3	
	0145-27-3113	
施設長（管理者）	藤 田 智 之	
施設の目的及び運営 の方針	「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に従い、利用者が、その有する能力に応じ可能な限り自立した日常生活を営むことができるように支援することを目的として利用者に、必要な居室および共用施設等をご利用いただく等のサービスを提供します。	
施設の開設年月日	平成23年4月1日	
定 員	指定障害者短期入所事業所	生活介護（日中活動サービス事業所）
	併設型 2人・空所型 2名	50名

*生活介護（日中活動サービス）営業日は、月曜日～土曜日（日曜、祝日、年末年始は休業）

3 サービスに係る設備等の概要

（1）居室の概要

居室・設備の種類	室 数	備 考
短期入所用居室	2室	空所型（多床室 13室）
合 計	2室	

利用者の心身の状況や居室の空き状況により、希望に添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「生活介護」ならびに「施設入所支援」「短期入所」のサービス提供において設置が義務づけられている施設・設備です。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	2室	1階、2階
医務室	1室	1階
浴室	3室	1階（一般浴槽、特殊浴槽）2階（車椅子浴槽）
洗面所		居室内と食堂に整備されています。
便所	12カ所	1階（6カ所）2階（6カ所）
相談室	3室	1階（2室）2階（1室）
機能訓練室	1室	
作業訓練室	1室	
非常用災害設備		スプリンクラー、消火器、誘導灯、自動火災報知機、避難用滑り台1カ所、他

（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、居室の空き状況等により事業者がその可否を決定します。また、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、利用者又は家族等と協議の上決定するものとします。

（4）利用にあたって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

下記は介護給付費等の支給対象とならないため、ご利用の際は、利用者に別途利用料金をご負担いただきます。（別紙参照）

- ・ 宿泊施設の利用（面会時等で、宿泊できる施設があります。利用については事前予約が必要です。）
- ・ 理容室の利用（町内の理容師による出張サービスが利用できます。）
- ・ テレビなどの私物の電気料金

（5）施設・設備の利用上の注意事項

当事業所において、居室及び居室以外の施設・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。

- ・ 利用者相互の融和を図り、他人の迷惑になる言動は謹んでください。
- ・ 当施設は全館禁煙ですのでご了承ください。
- ・ 意見のある場合は関係職員に申し述べ、うわさや想像で中傷など不信行為は止めてください。
- ・ 建物や物品及び貸与品の取り扱いを丁寧をお願いします。
- ・ 衣類その他の収納場所に限りありますので、必要な物以外は持ち込まないでください。

4. 従業員の配置状況

従業員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

《主な従業員の配置状況》

職 種	常勤換算	常 勤	非常勤	指定基準
1. 施設長（管理者）	1名	1名	名	1名
2. サービス管理責任者	1名	1名	名	1名
3. 医師	0.1名	名	1名	(1)名
4. 相談員（生活支援員）	1名	1名	名	22.1名
5. 看護師	5.3名	4名	3名	
6. 生活支援員	18.2名	15名	5名	
7. 訓練士（機能訓練指導員）	1名	1名	名	
8. 栄養士	1名	1名	名	1名
9. 事務職員	2名	2名	名	

※ 常勤換算とは、従業員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤従業員の所定勤務時間数（週39時間40分）で除した数です。

《主な職種の勤務体制（標準的な時間帯）》

職 種	
<ul style="list-style-type: none"> ・施設長 ・サービス管理責任者 ・相談員 ・事務職員 ・栄養士 ・訓練士（機能訓練指導員） 	<ul style="list-style-type: none"> ・平日 9：00 ～ 17：20
<ul style="list-style-type: none"> ・生活支援員 	<ul style="list-style-type: none"> ・早出A 6：00 ～ 14：20 ・早出B 7：00 ～ 15：20 ・早出C 7：30 ～ 15：50 ・平日 9：00 ～ 17：20 ・遅出A 10：10 ～ 18：30 ・遅出B 11：30 ～ 19：50 ・遅出C 12：20 ～ 20：40 ・夜勤 16：45 ～ 翌9：25
<ul style="list-style-type: none"> ・看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ・早出A 6：00 ～ 14：20 ・早出B 7：00 ～ 15：20 ・早出C 7：30 ～ 15：50 ・平日 9：00 ～ 17：20 ・遅出A 10：10 ～ 18：30
<ul style="list-style-type: none"> ・医師 	<ul style="list-style-type: none"> ・隔週水曜日（14：00～16：00）

※ 土曜日、日曜日、祝祭日は上記と異なります。 また勤務の都合により、変更する場合があります。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

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。

- ① 介護給付費等から給付されるサービス
- ② 利用料金の全額をご契約者に負担いただくサービス（①以外のサービス）

（1）当事業所が提供するサービスと利用料金

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料全体のうち9割が介護給付費等の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、契約者は、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担または利用者負担額といいます）。

なお、介護給付費等が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行なわない場合（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頂きます。

ただし、負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

《基本的なサービスの内容》

- ① 食事の提供
- ② 入浴又は清拭
- ③ 身体等の介護
- ④ 機能訓練
- ⑤ 生活相談
- ⑥ 健康管理

《サービス利用料金（一日あたり）》

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と食費・光熱水費の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。（別途、負担軽減があります。）

1 短期入所サービスのみ利用時

1. 利用者の障害程度区分と利用料金	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
	6,618円	6,618円	7,476円	8,229円	9,805円	11,416円
内訳						
福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）	5,090円	5,090円	5,830円	6,480円	7,840円	9,230円
栄養士配置加算（Ⅰ）	220円	220円	220円	220円	220円	220円
常勤看護職員等配置加算	100円	100円	100円	100円	100円	100円
短期利用加算（利用日から30日）	300円	300円	300円	300円	300円	300円
送迎加算（片道 一回 1,860円）						
福祉・介護職員等処遇改善加算	908円	908円	1,026円	1,129円	1,345円	1,566円
2. うち、介護給付費等から給付される金額	5,956円	5,956円	6,728円	7,406円	8,824円	10,274円
3. サービス利用に係る自己負担額〔定率負担〕（1－2）	662円	662円	748円	823円	981円	1,142円
4. 食事に係る自己負担額	一日					1,445円

5. 光熱水費に係る自己負担額	一日 380円					
自己負担額の合計（送迎加算は含んでいません） =3+4+5	2,487円	2,487円	2,573円	2,648円	2,806円	2,967円

※ ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費、光熱水費といたします。

*生活介護利用時の料金は下記のとおり変更となります。

2 短期入所（日中活動サービス利用時）

1. 利用者の障害程度区分と利用料金	区分1 2,724円	区分2 2,724円	区分3 3,500円	区分4 4,404円	区分5 6,827円	区分6 7,696円
内訳						
福祉型短期入所サービス費（Ⅱ）	1,730円	1,730円	2,400円	3,180円	5,270円	6,020円
栄養士配置加算（Ⅰ）	220円	220円	220円	220円	220円	220円
常勤看護職員等配置加算	100円	100円	100円	100円	100円	100円
短期利用加算（利用日から30日）	300円	300円	300円	300円	300円	300円
送迎加算（片道 一回 1,860円）						
福祉・介護職員等処遇改善加算	374円	374円	480円	604円	937円	1,056円
2. うち、介護給付費等から給付される金額	2,451円	2,451円	3,150円	3,963円	6,144円	6,926円
3. サービス利用に係る自己負担額〔定率負担〕（1-2）	273円	273円	350円	441円	683円	770円
4. 食事に係る自己負担額	一日 1,445円					
5. 光熱水費に係る自己負担額	一日 380円					
自己負担額の合計（送迎加算は含んでいません） =3+4+5	2,098円	2,098円	2,175円	2,266円	2,508円	2,595円

生活介護

1. 利用者の障害程度区分と利用料	区分1 8,015円	区分2 8,015円	区分3 8,489円	区分4 9,215円	区分5 12,078円	区分6 15,260円
生活介護利用 内訳						
基本報酬	4,520円	4,520円	4,950円	5,610円	8,210円	11,100円
福祉専門職員配置体制加算（Ⅰ）	150円	150円	150円	150円	150円	150円
常勤看護職員配置加算	750円	750円	750円	750円	750円	750円
人員配置体制加算（Ⅲ）	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円	1,360円
重度障害者支援加算（Ⅰ）	500円	500円	500円	500円	500円	500円
福祉・介護職員等処遇改善加算	735円	735円	779円	845円	1,108円	1,400円
2. うち、介護給付費等か						

ら給付される金額	7,213円	7,213円	7,640円	8,293円	10,870円	13,734円
3. サービス利用に係る自己負担額〔定率負担〕(1-2)	802円	802円	849円	922円	1,208円	1,526円

※ 栄養スクーリング加算 50円/6ヵ月1回、栄養改善加算 2,000円/月2回利用料金が加算されます。

《サービス利用を取り消し（キャンセル）した場合の食費について》

利用者が、サービス利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

なお、サービス利用日の前日までに申出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

- ・食事キャンセル料（食費の原材料費等相当額） 一日あたり 1,445円

《利用者負担の軽減について》

〔利用者負担に関する月額上限〕

- 1ヵ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」は、所得（世帯の収入状況）に応じて下表のとおり月額負担上限額が設定され、利用されたサービス量にかかわらず、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ヵ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	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 1	市町村民税課税世帯（20歳未満）	9,300円
一般 2	市町村民税課税世帯	37,200円

(2) (1) 以外のサービス

下記のサービスについては、介護給付費等の給付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、所定の料金を支払いいただきます。

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、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、変更を行なう1ヵ月前までに説明いたします。

- ① 特別なサービスの提供とこれに伴う費用（特別な設備の使用、特別な娯楽の提供、個人的な希望による医療機関等への同行等）
- ② 介護給付費等から支給されない日常生活上の諸費用
- ③ その他

(3) 利用料金・費用の支払い方法（契約書第5条参照）

前記(1)(2)の料金・費用は1ヵ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以

下のいずれかの方法でお支払い下さい（1カ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。）

ア 当事業所窓口での現金支払い

イ 下記指定口座への振込み

- 金融機関 苫小牧信用金庫 厚真支店
口座番号 普通預金 21827
口座名義 社会福祉法人北海道厚真福祉会 厚真リハビリセンター
施設長 藤田智之

- 金融機関 北海道銀行 早来支店
口座番号 普通預金 406687
口座名義 社会福祉法人北海道厚真福祉会 厚真リハビリセンター
施設長 藤田智之

- 金融機関 厚真郵便局
口座番号 普通貯金 記号19000 番号52285571
口座名義 社会福祉法人北海道厚真福祉会 厚真リハビリセンター
施設長 藤田智之

6. 利用者の記録や情報の管理、開示について

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。）

また、医療機関への入院、受診等、サービス調整に伴う他医療機関等への情報提供について同意いただきます。

*当事業所における記録の項目は、個人情報取扱業務説明書のとおりです。

7. 権利擁護・虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(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	管理者 藤田智之
-------------	----------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 従業員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きます。

(4) 身体拘束の禁止及び生命または身体を保護するために緊急止むを得ない場合には、契約者

や家族等の同意を得るなどの必要な手続きをとります。

(5) その他、利用者の人権擁護、虐待防止等のための必要な措置

(6) 苦情解決に関する必要な体制を整備しています。(契約書第16条参照)

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) | 相談員 | 大西克彦 |
| ○ 苦情解決責任者 | 施設長 | 藤田智之 |
| ○ 受付時間 | 月曜日～金曜日 | 9:00～17:00 |

また、電話、FAXをご利用下さい。

電話番号 0145-27-3111

FAX番号 0145-27-3760

苦情解決のフローチャート

苦情の受付

- ・ 苦情受付担当者は、利用者等からの苦情を随時受け付けます。
なお、第三者委員も利用者等から直接苦情を受け付けることができます。
- ・ 苦情受付担当者は、利用者等から苦情の申出があったときは、次に掲げる事項を聴取して苦情受付書に記録するとともに、その内容を苦情申出人に確認します。
 - (1) 苦情の内容
 - (2) 苦情申出人の希望等
 - (3) 第三者委員に対する報告の希望の有無
 - (4) 苦情申出人及び苦情解決責任者の話し合いにおける第三者委員の助言及び立会の希望の有無



苦情受付の報告・確認

- 1 苦情受付担当者は、受け付けた苦情の内容を苦情解決責任者及び第三者委員に報告します。
- 2 苦情受付担当者は、投書等により匿名による苦情が寄せられた場合においても、苦情解決責任者及び第三者委員に報告し必要な対応を行います。
- 3 第三者委員は、苦情受付担当者から苦情内容の報告を受けたときは、内容を確認するとともに、苦情申出人に対してその旨を苦情受付報告書により通知します。
- 4 第三者委員は、苦情申出人から直接苦情を受け付けたときは、その苦情の内容を苦情解決責任者に報告します。



苦情解決に向けての話し合い

- ・ 苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる解決に努めます。

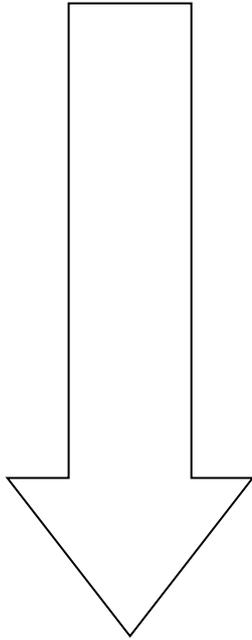


話し合いにより苦情解決



話し合いが不調の場合





苦情相談者は下記へ申し出て解決を求めることが出来ます。

厚真町役場 町民福祉課福祉グループ

連絡先： 03-3268-1148（専用電話）

受付時間：午前9時00分～午後5時00分（平日）

F A X 0145-27-2328

受付日時 月曜日～金曜日 9：00～17：00

北海道福祉サービス運営適正化委員会

所在地 札幌市中央区北2条西7丁目1番地

かでの2・7 北海道社会福祉協議会

電話番号 011-204-6310

F A X 011-204-6311

受付日時 月曜日～金曜日 9：00～17：00

苦情解決結果の記録

- 1 苦情受付担当者は、苦情事案の経過及び結果を苦情受付書に記録します。
- 2 苦情解決責任者は、一定期間ごとに事案の経過及び結果を取りまとめ、第三者委員に報告します。
- 3 苦情解決責任者は、苦情解決にあたり苦情申出人に改善を約束した事項等があるときは、苦情申出人及び第三者委員に対し、苦情に関する結果報告書によりその結果を報告します。

苦情解決結果の公表

苦情解決責任者は、苦情申出人の個人情報に関するものを除き、申し出のあった苦情の解決結果について、各施設等の掲示板等への掲示、又は法人事業報告等に掲載し、苦情に関する結果を公表します。

守秘義務について

苦情解決責任者、苦情受付担当者及び第三者委員、その他苦情解決事務に係る者は、苦情申出人の氏名、苦情相談の内容その他苦情相談により知り得た情報を他に漏らしません。

苦情解決結果の活用

- ・ サービスの質の向上や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き、法人並びに各事業所の苦情解決委員会で具体的事例として検討し防止策を策定するために活用します。

○ 苦情解決委員会 第三者委員

中田 元次 電話番号 0145-27-3933

山城 正洋 電話番号 0145-27-3111

8. 緊急時の対応について

- (1) サービスに起因する事故、利用者の病状の急変、その他緊急の事態が生じたときは、速やかに医療機関、利用者のご家族等への連絡や看護師の処置、医療機関への受診等の必要な措置を講じます。
- (2) 前項により報告を受けた管理者は、必要により市町村等関係機関に連絡、報告を行います。
- (3) 当施設は、サービスを提供するにあたり、あらかじめ利用者の心身の状況を把握し、看護師のオンコール体制（夜間対応）や医療機関の協力等の緊急連絡体制を整備しています。
- (4) 当施設は、非常災害時の関連機関への通報および連携を取り、マニュアルに沿って利用者の安全を第一に必要な対応を行います。また、定期的に避難訓練・消火訓練その他必要な訓練や研修を実施します。

9. 事故発生時の対応について

- (1) 事故が発生した場合には、道、市町村、当該利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当該事故の状況並びに事故に際して採った処置について記録します。
- (3) 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には、損害賠償を速やかに行います。
- (4) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発生を防ぐための対策を講じます。

10. 第三者の評価の実施状況について

第三者による評価	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		

平成 23 年 4 月 1 日	平成 25 年 4 月 1 日 改定
平成 25 年 12 月 1 日 改定	平成 26 年 4 月 1 日 改定
平成 27 年 4 月 1 日 改定	平成 29 年 3 月 13 日 改定
平成 29 年 4 月 1 日 改定	平成 30 年 4 月 18 日 改定
平成 30 年 7 月 1 日 改定	平成 30 年 8 月 1 日 改定
平成 31 年 4 月 1 日 改定	令和 1 年 6 月 1 日 改定
令和 2 年 12 月 20 日 改定	令和 3 年 4 月 1 日 改定
令和 3 年 6 月 21 日 改定	令和 3 年 8 月 1 日 改定
令和 3 年 9 月 1 日 改定	令和 4 年 4 月 1 日 改定
令和 5 年 12 月 1 日 改定	令和 6 年 4 月 1 日 改定
令和 6 年 6 月 21 日 改定	

指定障害者支援施設に関するサービス（短期入所）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基
づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業者名 障害者支援施設 厚真リハビリセンター（短期入所）

説明者 職名 サービス管理責任者 氏名 藤田 智之 ⑩

私は、指定障害者支援施設に関するサービス（短期入所）の提供及び利用の開始に際し、本書
面に基つき事業者から重要事項の説明を受けました。

利用者氏名 _____ ⑩

利用者住所 _____

契約者氏名 _____ ⑩

契約者住所 _____

続柄 _____ 電話番号 _____

緊急連絡先

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	

氏名		続柄	
住所			
電話		携帯電話	