

株式会社 てとてと

短期入所サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は、サービス提供開始にあたり、社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第 76 条及び第 77 条の規定に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業者の概要

名 称	株式会社 てとてと
所 在 地	兵庫県伊丹市北伊丹 4 丁目 8 4 番地の 4
電 話 番 号	0 7 2 - 7 8 4 - 4 7 1 7
代表者氏名	代表取締役
設 立 年 月	平成 2 4 年 9 月 3 日

2. 利用施設

事業所の種類	指定短期入所事業所 平成〇〇年〇月〇日指定
事業所の名称	てとてと短期入所事業所
事業所の所在地	兵庫県伊丹市鴻池 4 丁目 1 0 番 1 号
電 話 番 号	電話番号 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 ファックス 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1
管 理 者	
サービス管理者	
サービスの実施地域	伊丹市
主たる対象者	身体障害者
入 所 定 員	空きベッド利用
開設年月日	平成 2 5 年 1 月 1 日
事業所番号	

3. サービスの目的・運営方針

目 的	能力に応じ自立した日常生活を送れるように支援する
運 営 方 針	自立と社会活動への参加促進、生活の質を高める支援

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建 物	構 造	軽量鉄骨造 2 階建 (耐火建築物) (耐震構造)
-----	-----	------------------------------

	敷地面積	202.61㎡
	延べ床面積	212.96㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	6室	全室個室です。
食堂・居間	1ヶ所	1階
洗面所	2ヶ所	1階・2階に設置
便 所	2ヶ所	1階・2階に設置
風呂場	1ヶ所	1階
エレベーター	1基	
スプリンクラー		

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。

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤 換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管 理 者	1		1			1	
サービス管理責任者	1		1			1	
世 話 人	2				2	1.6	
生活支援員	6				6	1	
夜勤専属員	6				6	1	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉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。

※ 常勤換算とは・・・

職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職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管 理 者	正規の勤務時間帯（9:00～16:00）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（7:00～9:00・9:00～16:00・16:00～20:00）
世 話 人	正規の勤務時間帯（9:00～16:00）
生活支援員	正規の勤務時間帯（6:00～7:00、20:00～22:00）
夜勤専属員	正規の勤務時間帯（22:00～6:00）

※ 日・月・祝日の翌日は上記と異なります。

6. 当施設が提供するサービスについて

当施設では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (1) 障害者自立支援法に基づく介護給付費等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（障害者自立支援法に基づく介護給付費等の対象外のサービス）

があります。

(1) 障害者自立支援法に基づく介護給付費等の対象となるサービス

以下のサービスについては、障害者自立支援法に基づく介護給付費等が支給されます。事業者が障害者自立支援法に基づく介護給付費等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。（短期入所利用者負担額）

〈障害者自立支援法に基づく介護給付費等の対象となるサービスの概要〉

ア 日常生活の支援

(ア) 入 浴

入浴・清拭は、毎週3回以上行います。利用者の身体の状態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めざし、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。（夏場は必要に応じて行います。）

(イ) 排 泄

利用者の心身の能力を最大限活用した支援を行います。

(ウ) 着脱衣

(エ) 整 容

イ 社会的活動の支援

(ア) 日常生活支援

地域において自立した社会生活を送るための生活習慣の確立を目指した支援

(イ) 余暇活動

ウ 相談援助

(2) 障害者自立支援法に基づく介護給付費等の対象外のサービス

下記のサービスについては、障害者自立支援法に基づく介護給付費等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、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、上記の所定料金は、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、変更を行う2か月前までにご説明します。

ア 食事の提供

利用者の身体の状態・希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

朝食 7:30～ 8:30 300円

昼食 12:00～13:00 400円

夕食 18:00～19:00 600円

イ 障害者自立支援法に基づく介護給付費等から支給されない日常生活上の諸費用

預かり金管理

別途預かり金管理契約を締結して頂き、これに従い管理を行います。

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

前記(1)(2)の料金・費用は、短期入所終了後にご請求しますので、お支払い下さい。(利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

7. 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。(最終日に利用時の様子を記録してお渡しします。)

8. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。.

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

9. 苦情の受付について

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓 口	窓口担当者 ご利用時間 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 電話番号 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 F A X 0 7 2 - 7 7 9 - 3 3 6 1 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
伊丹市役所 障害福祉課	所 在 地：兵庫県伊丹市千僧1丁目1番地 電話番号：0 7 2 - 7 8 4 - 8 0 3 2

(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	窓口担当者 ○○○○ ご利用時間 ○ : ○○ ~ ○○ : ○○ 電話番号 ○○○○-○○-○○○○ F A X ○○○○-○○-○○○○
----------------------	---

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘 導 灯 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水○日分） （その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）
平時の訓練	年1回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
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。 加入保険会社名：東京海上日動火災保険株式会社 加入保険内容：賠償責任保険

11. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具 の利用	てとてと短期入所事業所の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	全室禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては希望により世話人及びバックアップ事業所にて管理を致します。

宗教活動 政治活動 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
そ の 他	他の人の迷惑になるような使い方はご遠慮ください。

年 月 日

指定障害者福祉サービス短期入所事業の提供及び利用の開始に際し、本書面に
に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 : てとてと短期入所事業所
説明者職名 : 施設長
氏 名 :

-

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス短期入所事業の提
供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所 :
氏 名 : 印

代理人住所 :
氏 名 : 印
続 柄 :