

障害福祉サービス短期入所事業

(契約書別紙兼重要事項説明書)

1. 「障害福祉サービス短期入所事業所 ショートステイあしぬま」の概要

法人名	社会福祉法人 亀田郷芦沼会
事業所名	指定障害福祉サービス短期入所事業所 ショートステイあしぬま
所在地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
電話番号	025-271-9388
市指定年月日	平成29年11月1日（第1510102856号）

2. 設備の概要

定員	指定短期入所生活介護事業の空床ベッドを利用する。	
設備の種類		室数または箇所数
居室	個室	20室
	2人室	2室
	4人室	4室
	計	26室
食堂兼機能訓練室		1室
一般浴室		1室
特別浴室		1室
便所		2カ所
医務・看護師室		1室
静養室		1室
談話室		1カ所

3. 職員の勤務体制

職種	管理者	嘱託医	生活相談員	介護士	看護師	機能訓練指導員
員数	1人	1人	2人以上	13人以上	3人以上	2人以上

(これ以上の職員でサービスを提供しています)

4. サービス内容

障害福祉サービス短期入所は、施設に短期間入所していただき、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上のお世話及び機能訓練を行うことにより、ご利用者の心身の機能の維持並びにご家族の身体的及び精神的負担の軽減を図ることを目的とします。具体的なサービスの内容は次のとおりです。

サービスの種類	内容
食事の提供	<p>栄養及びご利用者の身体状況に配慮したバラエティーに富んだ食事を提供します。また、食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるようにいたします。</p> <p>《食事時間》</p> <p>朝食 7：30～</p> <p>昼食 12：00～</p> <p>夕食 17：30～</p>
排泄の介助	ご利用者の心身及び排泄の状況に応じて、適切な排泄介助を行います。また、おむつを使用される方については、その心身の状況に適したものを提供し、適切に交換を行います。
入浴の介助	週2回以上の、ご利用者の心身の状況に適した入浴介助を行います。また、体調等で入浴が困難な際は清拭を行うなど清潔保持に努めます。
日常生活上のお世話	ご利用者の心身の状況に応じた、離床、着替え、整容等の日常生活上のお世話を適切に行います。
機能訓練	ご利用者の心身の状況などを踏まえ、必要に応じて生活機能の維持、改善に向けた機能訓練を行います。
健康管理	常にご利用者の健康状態に注意し、必要に応じて健康保持のための適切な措置を講じます。また、ご利用者の主治医との連携に努めます。
相談及び援助	ご利用者の心身の状況や置かれている環境等の把握に努め、ご利用者やご家族からの相談に適切に応じると共に、必要な助言その他の援助を行います。
送迎	リフト付き送迎車等でご自宅への送迎を行います。

5. サービス提供方針

ご利用者の心身の状況やご家庭の環境を踏まえ、相談支援事業所等の作成する「サービス利用計画」と、わたしたちの作成する「障害福祉サービス短期入所計画」に従い、自立した日常生活を送ることができるよう、短期入所サービスを提供します。

6. 担当のサービス提供責任者及び管理責任者

担当させていただくサービス提供責任者及び管理責任者は次の者です。

○ご連絡・ご相談担当者 氏名 星 翔太 職種：生活相談員（資格：社会福祉士・社会福祉主事）
氏名 堤 政子 職種：生活相談員（資格：社会福祉主事・介護福祉士）

○管理責任者 氏名 女川 大輔

○連絡先 025-271-9388

ご不明な点やご要望、苦情などがありましたら、遠慮なくお申し出下さい。

7. 利用料金

原則として下記のとおりです。尚、当事業所の所在地である新潟市が地域区分7級地に該当するため、①(A)(B)の合計単位数に10.18を乗じた金額の1割と②の金額をご負担いただきます。但し、①の金額の1割については、月額負担上限額が設定されている方はその額が負担上限額となります。

①障害福祉サービスに関する利用料金

短期入所サービス費自己負担額 (A)

(単位/日)

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
福祉型Ⅰ	509	509	583	648	784	923
福祉型Ⅱ	173	173	240	318	527	602
福祉型Ⅲ	509	615	784	—	—	—
福祉型Ⅳ	173	279	527	—	—	—

※障害支援区分等によって定められております。

福祉型短期入所サービス費 (Ⅰ) : 障がい者 通常利用の場合

福祉型短期入所サービス費 (Ⅱ) : 障がい者 他の日中活動系サービスを利用された場合

福祉型短期入所サービス費 (Ⅲ) : 障がい児 通常利用の場合

福祉型短期入所サービス費 (Ⅳ) : 障がい児 他の日中活動系サービスを利用された場合

各種加算 (B)

種類	内容	単位
短期利用加算	利用開始から30日以内のご利用の場合	30/日
食事提供体制加算	受給者証等に記載があり、食事の提供があった場合	48/日
送迎加算	送迎を行った場合	186/片道

※利用者負担の減免について

1ヶ月あたりのサービス利用にかかる負担額は、所得に応じて月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

負担上限月額のある方は、上限管理事業所をお知らせ下さい。

区分	世帯の収入状況	負担上限月額
一般2	一般1以外の課税世帯	37,200円
一般1	市長村民税課税世帯 (年収概ね600万円以下)	4,600円又は9,300円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
生活保護	生活保護受給世帯	0円

②障害福祉サービス以外利用料金 (C)

・滞在費 : 多床室 (2人部屋・4人部屋) 利用の場合 1日 1,055円

個室利用の場合 1日 1,391円

※10時までの退所日、15時以降の入所日の場合で該当の方はそれぞれ半額となります。

・食費

食事提供体制加算対象者	朝食	昼食	夕食	自己負担合計
該当	400	400	400	A+B+C
非該当	575	600	600	

■支払方法
契約書の通りです。

・電化製品使用料（使用される方）電化製品1個につき1日100円※テレビ視聴希望の方含む

・水分・おやつ代（該当の方のみ）
1日につき100円

8. 営業日

1年365日営業しております。

9. 事業実施区域

新潟市および近隣市町村

10. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちはあわせにより、主治医救急隊、ご家族、協力医療機関へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先（TEL）	
ご家族	氏 名	
	連絡先（TEL）	
ご家族	氏 名	
	連絡先（TEL）	

協力医療機関	名 称	住 所
	新潟医療生活協同組合 木戸病院	新潟市東区竹尾4-11-5

11. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画に基づき対応を行います。			
避難訓練及び主な防災設備	別途定める消防計画に基づき年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	あ り	防火扉・シャッター	1 個所
	避難階段	1 個所	屋内消火栓	あ り
	自動火災報知機	あ り	避難用屋外スロープ	あ り

12. 虐待の防止のための措置に関する事項

事業所は虐待の発生又はその再発を防止するため、次の各号に定める措置を講ずるものとします。

- （１）虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的に行い、その結果を従業者に周知徹底を図るものとします。
- （２）虐待防止のための指針を整備します。
- （３）虐待防止のための従業者に対する研修を定期的に行います。

(4) 前3項に定める措置を適切に実施するための担当者を置きます。

- 2 事業者は、虐待等が発生した場合、速やかに市町村へ通報し、市長村が行う虐待等に対する調査等に協力するよう努めます。

13. 苦情相談窓口

- (1) 当施設が提供するサービスに関するご相談や苦情は、次の窓口で受け付けております。ご遠慮なくお申し出下さい。

窓口設置場所	事務室
担当者	星 翔太（生活相談員）
連絡先	025-271-9388

- (2) 当施設に対する苦情は、次の機関にも申し立てることができます。

苦情受付機関	連絡先
新潟県社会福祉協議会運営適正化委員会	025-281-5609
新潟市福祉部障がい福祉課介護給付係	025-226-1241（直）
新潟市東区役所健康福祉課障がい福祉係	025-250-2310（直）
新潟県国民健康保険団体連合会	025-285-3022

14. 個人情報の使用

ご利用者及びご家族の個人情報については、次に定める条件で必要最小限の範囲で使用させていただきます。

1. 個人情報を使用する目的

障害福祉サービス提供に係るサービス担当者会議、及び次項の相手方との連絡調整。

2. 個人情報を使用する相手方

- ・サービス利用計画を作成する相談支援事業所
- ・サービス利用計画に位置付けられた事業所
- ・主治医（かかりつけ医）
- ・保険者

15. サービスの利用に当たっての留意事項

サービス利用に当たって留意していただきたいことは次のとおりです。

- (1) サービスの利用中に気分が悪くなった時は、職員に直ちにお申し出下さい。
- (2) 複数の方が同時にサービスを利用されますので、周りの方のご迷惑にならないようお願いいたします。
- (3) 体調の変化などでサービスを利用できなくなった時は、できる限り早めに当事業所（電話番号271-9388）までご連絡下さい。

上記契約の証として、本契約書を2通作成し、利用者及び事業者記名押印の上、それぞれ1部ずつを保有します。

年 月 日

障害福祉サービス短期入所事業の提供開始にあたり、ご利用者に対して上記の通り説明しました。

事業者

所 在 地	新潟市東区はなみずき2丁目3番7号
名 称	社会福祉法人亀田郷芦沼会
代表者職・氏名	理事長 渋谷 薫

説明者職・氏名	生活相談員
---------	-------

上記の内容について説明を受け、同意しました。また、この文書が契約書の別紙（一部）となることについても同意します。

利用者

ご住所
お名前

(代理人)

ご住所
お名前

(2025年11月1日)