

短期入所事業所（空床型）アミーゴ荘 重要事項説明書

1. サービスを提供する事業者及び事業所の概要

名称	医療法人 直志会
所在地	茨城県久慈郡大子町大字北田気76
電話番号	0295-72-2371
代表者	理事長 的場 政樹
設立年月日	昭和54年 6月 6日
事業所名	短期入所事業所アミーゴ荘（空床型）
事業所所在地	茨城県久慈郡大子町大字北田気1142番地
電話番号	0295-72-2380
管理者	施設長 小林 誠
開所年月日	平成18年10月 1日

2. 職員体制

施設長（管理者）1名、精神保健福祉士・社会福祉士（ソーシャルワーカー）2名、指導員5名（うち非常勤1名）
※職員の配置については、指定基準を遵守しております。

3. サービス利用料金

- (1) 障害者自立支援法に基づいた、指定障害福祉サービス等の報酬により、障害程度区分に応じてサービス利用料金を算定させて頂き、利用料合計の1割分をご負担いただきます。但し、「障害福祉サービス受給者証」に定める利用上限額を超えた分の利用料につきましては、ご負担いただく必要はございません。
- (2) 短期入所中の食事については、食した分の実費をご負担いただきます。食費の実費は下記のとおりです。
朝食 160円 ② 昼食 276円 ③ 夕食 220円（一日656円）〈税別〉
・別途、食費に対しては、消費税を食費総額に応じて、請求させていただきます。
- (3) 利用者は、サービスの利用料金とは別に光熱水費および消耗品費を1日230円負担していただきます。
- (4) 利用料、食事代金等の支払いは、原則的に短期入所終了日の翌月15日以降に現金にてお支払いいただきます。その際には領収書を発行致します。
- (6) 障害者福祉サービス受給者証を申請して、利用時に障害程度区分が未定である場合には、「特例給付制度」受けることが出来ます。その際は、サービス利用料の全額（10割）をアミーゴ荘にお支払いいただくこととなりますが、後日、サービス利用に関する領収書を市町村に提出することにより、支払ったサービス利用料金の9割分をお住まいの市町村より支給を受けることが出来ます。

4. 秘密保持

- (1) 施設の職員は、正当な理由がない限り、業務上知り得た利用者、利用者の家族等の秘密を厳守致します。
- (2) 施設の職員が退職後、在職中に知り得た利用者、利用者の家族等の秘密を漏らすことのないような必要な措置を講じます。
- (3) 利用者の個人情報「個人情報保護法」に基づき、情報管理致します。
- (4) 利用中の利用者に対して必要な支援を行うために、関係各所と情報共有させていただく場合には、予め利用者の承諾をとってから行うことと致します。但し、利用者の安全確保、生命の危険が伴う場合には、この限りではありません。

5. 事故発生時の対応

- (1) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生した場合には、速やかに関係当局、ご家族等に連絡すると共に、必要な措置を講じます。
- (2) 利用者に対するサービスの提供により、事故が発生し、損害が発生した場合には、不可抗力による場合を除き、速やかに利用者に対して当施設の加入する損害保険の範囲にて損害を賠償致します。
- (3) 事故が生じた際には、その原因を解明し、再発防止のための対策を講じます。
- (4) 事故が生じた際には、利用者の主治医、または医療機関への連絡を行い、医師の指示に従って、利用者の生命の安全を保持することに努めます。

6. 苦情等の受付について

- (1) 施設は、可能な限り利用者より、苦情のないように、利用者とのコミュニケーションを図り、利用者が円滑に社会参加できるように努めます。
- (2) 利用者は施設の利用上で苦情がある場合は、苦情処理のマニュアルにそって苦情を申立てていただきます。
- (3) 施設は、利用者からの苦情の申し出があった場合には苦情解決マニュアルに添って適切に対応いたします。
- (4) 施設は、利用者から苦情の申立てがあった場合、これを理由に申立てのあった利用者に対して、不利益な対応はいたしません。

〈苦情受付担当者〉

精神保健福祉士 神保 奈美

〈苦情解決責任者〉

施設長 小林 誠

〈第三者委員〉

弁護士 近藤 敦哉 TEL 029-225-6166
〈福田法律事務所〉

(不在時は、福田法律事務所の他の弁護士先生が対応していただけます。)

社会福祉法人 清和会

相談役 中島 登 TEL 0295-72-0582

7. その他事項

別に定める「自立訓練（生活訓練）事業所アミーゴ荘運営規程」「短期入所事業所アミーゴ荘利用規程」を遵守していただきます。

平成 年 月 日

指定障害者福祉サービスの提供（短期入所）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。

管理者 小林 誠

説明者 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、指定障害者福祉サービスの提供開始に同意いたします。

氏 名 印