

重要事項説明書

この「重要事項説明書」は、当事業者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 条及び「高知市指定障がい福祉サービス事業者の指定並びに指定障がい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を定める条例（平成 25 年高知市条例第 13 号）」第 79 条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	株式会社 四国ライフケア
所 在 地	高知市長浜 1 4 4 0 - 1
電 話 番 号	0 8 8 - 8 3 7 - 9 3 3 0
代 表 者 氏 名	代表取締役 大上 達也
設 立 年 月	平成 1 5 年 1 2 月 1 2 日

2. 利用施設

事業所の種類	短期入所の提供
事業所の名称 (事業所番号)	短期入所事業所 にじいろホーム上町 事業所番号 3 9 1 0 1 5 2 5 3 1
事業所の所在地	高知市井口町 1 1
連絡先	TEL 0 8 8 - 8 0 2 - 7 6 3 3 FAX 0 8 8 - 8 0 2 - 7 6 3 4
管理者	竹内 靖貴
サービス管理責任者	竹内 靖貴
サービスの実施地域	高知市内
主たる対象者	知的障がい者・精神障がい者・身体障がい者・難病患者等
定 員	1 名
開設年月日	令和 2 年 7 月 1 日

3. サービスの目的・運営方針

目的	障害者総合支援法に基づき、障がい者が可能な限りその地域における生活が継続できることを念頭に置いて、居宅の生活が一時的に困難になった障がい者に対し、短期的な利用を提供して、日常生活上の支援等を行うことを目的とします。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな短期入所のサービスを提供します。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	鉄骨造鋼板葺 4 階建て
	敷地面積	950 m ²
	延べ床面積	969.58 m ²
短期居室	居室床面積	14.49 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	室数	m ² 数	備 考
共用食堂	2 室	91.23 m ²	調理器具、冷蔵庫等
洗濯場	2 室	2.32 m ²	洗濯機 2 台
浴室	2 室	4.85 m ²	シャワー、浴槽等
脱衣場	2 室	9.7 m ²	洗面台等

5. サービス提供職員の設置状況（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がい福祉サービス（日中サービス支援型指定共同生活援助事業）を提供する職員として、下記の職種の職員以上を配置しています。）

職 種	合計数	常勤	非常勤	備考
管理者	1	1		
サービス 管理責任者	(1)			管理者（兼務）
生活支援員				
世話人				

各職種の勤務体系

職種	勤務体系
管理者（サービス管理責任者兼務）	勤務時間帯（9：00～18：00）
生活支援員	勤務時間帯（交代制） 7：00～16：00 9：00～18：00 11：00～20：00 17：00～翌 9：00
世話人	6：00～20：00（内 8 時間以内） 常勤兼務又は非常勤交代制

6. 利用の申し込み

予約を前提として、毎月、利用希望日の前月の1日の午前9時から6日の午後17時までが受付期間です。休日や時間外なども受け付けができるようFAXもしくはメールでお申し込み下さい。できる限り所定のFAX用紙をご使用ください。利用を承諾するか否かについては、利用を必要とする理由等を考慮し、事業者において決定した後、個々にFAXもしくはメールでご連絡させていただきます。

7. サービス提供の内容

(1) 食事

栄養のバランス、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行います。

〈食事時間〉

朝食（07：30～08：30）

昼食（12：00～13：00）

夕食（18：00～19：00）

*その他、ソフト食も提供できますのでご相談ください。

(2) 日中支援・排泄・入浴・健康管理

(日中支援)	利用者の状況に応じた見守り等を行います。
(排泄)	利用者の状況に応じた支援を行います。
(入浴)	入浴もしくは清拭を行います。(特殊機械浴槽) 必要に応じ、複数名の職員による介助を行います。
(健康管理)	来所時には、ご家族様等からの聞き取りをするとともに、検温・血圧測定等を行います。

8. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち9割が介護給付費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区町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として事業者に対し、サービス利用料金のうち1割の額をお支払いいただきます。（利用者負担額といいます）

なお、利用者負担額の軽減等が適用される場合があります。軽減等が適用されるか否かについては、障がい福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) サービス利用に係る実費負担分

食費（光熱費含む）：朝食470円 昼食690円 夕食690円

※ 所得区分により、短期入所・日中一時支援ともに食事提供体制加算が付く場合があります。

※ オムツ処分料：オムツ・パット・リハビリパンツ1枚につき 30 円 の処分料を頂きます。当日現金にてお支払いいただきます。

9. サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の5日前の午前中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5日前の午前中までに申し出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料	食費の実費相当額
--------	----------

10. その他

日中の活動に係る経費や日常生活に要する費用で、利用者に負担していただくことが適当であると認めるものについては、要した費用の実費をいただきます。

11. 利用料金のお支払方法

退出時に現金、または指定口座へのお振込みにてお支払いください。いずれの場合も月末締めで計算した後、請求書及び領収証を発行させていただきます。

12. 利用中の中止

以下の場合、利用中であっても利用を中止して頂くことがあります。利用料金は、利用日までの日数を基準に清算します。この場合、ご家族に確認・連絡のうえ、速やかに後述の16または18に表記する協力医療機関に連絡をとる等必要な措置を講じます。

- (1) 利用初日の健康チェックの結果、安静であることが求められる場合、または通院・加療が必要であると認められた場合。
 - ・体温が37度8分以上の場合。
 - ・利用者が利用期間中において、利用の中止を希望した場合。
- (2) 利用期間中に体調が悪くなった場合。
- (3) 自己または他の利用者の生命および健康に影響を与える行為があった場合。

13. 利用者の記録及び情報の管理等

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前9時～午後5時です。

- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や区市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき、緊急止むを得ない場合は上記の同意無く、情報提供を致します。

14. 事業者の義務

(1) 安全配慮義務

事業者は、サービス提供にあたって、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。

(2) 説明義務

事業者は、この契約に基づく内容について、利用者、保護者、または身元引受人からの質問等に対して適切に説明しなければなりません。

(3) 守秘義務

事業者及びその従業員は、この契約によるサービスを提供するにあたって知り得た利用者、保護者（任意・法定後見人を含む。以下同じ）、または身元引受人等に関する個人情報、並びに秘密事項については、正当な理由がある場合や別に定める文書（個人情報使用同意書）により同意がある場合を除き、第三者に開示しません。また、職員は業務上知り得た利用者、保護者、身元引受人の個人情報について、退職後においても第三者に漏らすことがないよう必要な措置を講じます。

(4) 身体拘束の禁止

事業者は、利用者が自傷他害の恐れが急迫で、他に取りうる手段がない場合を除き、身体拘束等、利用者の行動を抑制する行為を行いません。

(5) 虐待防止のための措置

事業者は、利用者に身体的・精神的苦痛等の虐待を防止するため、従業員等のショートステイサービスを提供する者に対し、虐待防止啓発のための定期的研修を実施します。また、虐待を受けている恐れがある場合には、ただちに防止策を講じ関係する区市町村へ通報します。

15. 責任賠償保険への加入

本事業者は、下記の責任賠償保険に加入しております。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	福祉事業者総合賠償責任保険

16. 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：

17. 要望・苦情等申立先に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口担当者 竹内 靖貴 ・ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 09：00～18：00 ・ 電話番号 088-802-7633 ・ 苦情解決責任者 竹内 靖貴 ・ 担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。
高知県高齢者・障 害者権利擁護セン ター	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地：高知市朝倉戊375-1 ・ 電話番号：088-850-7770 ・ 面談：あり ・ 受付時間 毎週月曜日から金曜日（祝日、休日、年末年始を除く）8時30分から17時15分まで

18. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人高潮会 潮江高橋病院
医院長名（理事長）	高橋 正子
所在地	高知県高知市土居町9番18号

電話番号	088-833-2700
診療料	利用者負担による
入院設備	有り

19. 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。
平常時の訓練	別途に定める、消防計画書により、年2回以上、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・誘導灯 有 ・消火器 有 ・スプリンクラー 有 ・煙、熱感知器 有 ・自動火災通報装置 <p>※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 日分）等有り。</p>
消防計画	<p>消防署への届出日： 令和2年 7月</p> <p>防火管理者： 竹内 靖貴</p>

20. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	原則として、9時から18時までの時間内でお願いします。なお、ご家族以外の方については、利用者との関係をお尋ねする場合があります。
外出・外泊	希望の際は生活支援員・世話人または1階事務所にご連絡下さい。
医療機関への受診	より専門科への受診が必要と判断された際に、受診が継続になる場合や受診先が遠方である場合等は、ご家族に協力を依頼することもあります。
設備・器具の利用	設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償して頂くことがあります。
喫煙	事業所で決められた場所での喫煙は可能です。ただし、健康上の理由により制限させて頂く場合があります。
飲酒	事業所で決められた場所での飲酒は可能です。ただし、過飲等で他の利用者に迷惑となる場合や、健康上の理由で制限させて頂くことがあります。
貴重品の管理	利用者の責任において管理して頂きます。自己管理のできない利用者につきましては、金銭管理サービス（有料）のご利用となります。

宗教・政治・営 利活動	思想・信教は自由ですが、宗教活動、政治活動による他の利用者に対する働きかけおよび営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	動物の飼育はできません。
危険物等	危険物の持ち込みは禁止いたします。

2.1 第三者評価の実施状況について

実施の有無	あり ・ なし
実施した直近の年月日	
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	