**株式会社ココテレサメロンケアー　ショートステイてれさ**

**障がい福祉サービス　共生型短期入所（福祉型）　重要事項説明書**

＜ 令和　7 年　5 月　1 日　　現在　＞

**１ サービスを提供する事業者**

|  |  |
| --- | --- |
| 名　称 | 株式会社ココテレサメロンケアー |
| 所在地 | 岡山県倉敷市酒津字大森原２５１２－２ |
| 電話番号  FAX 番号 | ０８６－４２６－８１１８  　０８６－４２６－８２２８ |
| 代表者氏名 | 代表取締役　佐渡島　直美 |

**２ 利用事業所**

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | 共生型短期入所（福祉型） |
| 事業所の名称 | ショートステイてれさ |
| 主たる対象者 | ・身体障害者（肢体不自由・視覚・聴覚言語）  　・知的障害者  　・精神障害者 |
| 定員 | 77人 |
| 施設の所在地と連絡先 | 岡山県倉敷市酒津字大森原２５１２－２  　電話：０８６－４２６－６３６３  　FAX ：０８６－４２６－６６４４ |
| 管理者 | 出岡　数規 |
| 事業所の目的 | ご利用者が個人としての尊厳にふさわしい日常生活又は社会生活を  営むことができるよう、ご利用者の意思決定の支援に配慮するとともに、  常時介護を必要とするご利用者に対して、入浴、排泄又は食事の  介護等、日常生活支援の提供、ご利用者の立場に立った適切な共生型  短期入所（福祉型）の提供を確保することを目的とする。 |
| 施設の運営方針 | ・ 思いやりとやさしさを持って、今を生きる御利用者様の心に灯をともすお手伝いをさせて頂き、満足して頂ける介護サービスの創造と提供に努める  ・　プライバシーの確保及びに環境に則した適切な介護や支援を行う。  ・ ご利用者の意思及び人格を尊重し、その場にたったサービスを提供  できるよう努める。  ・ 事業の持続的発展を図る為、安定的な運営と福祉サービスを支える  人材の育成に努める。  ・ ご利用者やご家族に対して、継続して地域生活を送るうえで必要な  情報提供を行い、地域生活を安心して過ごせるよう努める。 |

**３ 事業所の概要**

（１）構造等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 敷　　　地 | | 2472.35㎡ |
| 建物 | 構　　　造 | 鉄骨造 |
| 延べ床面積 | 2168.00㎡ |
| 利 用 定 員 | 77名 |

（２）居室

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 居室の種類 | 室 数 | 面積（一人あたりの面積） | 備 考 |
| 1人部屋 | 25室 | 14.50㎡（ 14.50㎡） | ブザーを設置 |
| ２人部屋 | 26室 | 21.30㎡（ 10.65㎡） | ブザーを設置 |

（３）主な設備

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 設 備 | 室 数 | 面積（一人あたりの面積） | 備 考 |
| 食堂及び機能訓室 | 2室 | 229.3㎡（ 2.97㎡） |  |
| 浴　　室 | 2室 |  | リフト１台設置・ナースコール |
| 脱 衣 室 | 2室 |  | ナースコール |
| 診 察 室 | 1室 |  |  |
| 静 養 室 | 1室 |  | ナースコール |
| 談 話 室 | 3室 |  |  |
| トイレ | 18室 |  | ブザーを設置・ナースコール |

　※事業所において居室・設備・備品等のご利用は本来の用途に従ってご利用ください。　　　　　　　　　　　　　　　これに反したご利用により破損等生じた場合は弁償していただくことがあります。

（４）通常の送迎の実施地域

　　倉敷市・岡山市・総社市・早島町

**４ 施設の職員体制**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 従業者の職種 | 員数 | 区 分 | | | | 常勤換算後の人員 | 事業所の指定基準 |
| 常勤 | | 非常勤 | |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管 理 者 | 1 |  | 1 |  |  | 1 | 1 |
| 医 師 | 1 |  |  | 1 |  |  | 必要数 |
| 看護職員 | 5 |  | 1 |  | 4 | 3.0 | 25以上 |
| 介護職員 | 34 | 16 | 6 | 9 | 3 | 22.3 |
| 相談員 | 1 | 1 |  |  |  | 1.0 | １以上 |
| 栄 養 士 | 2 |  | 2 |  |  | 1.6 | 1 |
| 機能訓練指導員 | 5 |  | 1 |  | 4 | 1 | １以上 |
| 事務員等 | 12 |  | 2 | 8 | 2 |  | 必要数 |

**５ 職員の勤務体制**

|  |  |
| --- | --- |
| 従業者の職種 | 勤務体制 （４週８休） |
| 管 理 者 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）　常勤で勤務 |
| 医 師 | 週2回　非常勤で勤務　　13：30～14：30 |
| 看護職員 | 正規の勤務時間帯（8：30～17：30）　機能訓練指導員と兼務 |
| 介護職員 | 日 勤 （8：30～17：30）  準夜勤（15：45～24：45）　深夜勤（24：30～9：30） |
| 栄養士 | 常勤で勤務 |

**６ 事業所が提供するサービスの概要**

　事業所では、ご利用者に対して以下のサービスを提供します。

1. 障害者総合支援法に基づく自立支援給付の対象となるサービス
2. 利用料金をご利用者に負担いただくサービス〔（１）以外のサービス〕
3. 障害者総合支援法に基づく指定障害者支援施設の対象となるサービスの概要

|  |  |
| --- | --- |
| 種　類 | 内　　　容 |
| 日常生活の支援 | 〇身辺介護等の支援  　移動、排泄、整容、日常生活における身辺介護の支援を行います。  〇食事  　ご利用者の健康状態、摂食能力に応じ、常食、キザミ食、ペースト食での  　提供をいたします。また、介助方法の検討や必要に応じてトロミ剤使用等  　おいしく安全な食事を召し上がっていただけるように支援します。  　（食事時間）  　　　朝食　０７：３０～０８：３０  　　　昼食　１１：３０～１２：３０  　　　夕食　１７：００～１８：００  〇入浴  　ご利用者の状態に応じて大浴、個浴、シャワー浴、リフト浴、での入浴と  　清拭対応ができます。原則週に２回。 |
| 健康管理 | 〇常にご利用者の健康状況に注意し、健康保持のための適切な支援を行い  　ます。  〇医師により、週２回健康相談を行います。これ以外に施設内看護師による  　健康相談もでき、相談員・支援員との連携を図り日常の健康管理に努めます。  〇上記以外でも必要のある場合にはいつでも相談を受け付けます。  〇ご利用中、怪我や病気等で医療機関による治療が必要な場合は、ご家族等  　速やかに連絡をします。 |
| 活動支援 | 事業所では共生型短期入所（福祉型）事業所として、ご利用者の障害特性  　を踏まえた工夫をもって、ニーズに合った活動を取り入れていきます。 |

1. 利用料金をご利用者に負担いただくサービス〔（１）以外のサービス〕

|  |  |
| --- | --- |
| 種　類 | 内　　　容 |
| 食事の提供 | ７の表１の記載どおり、食費については、ご利用者負担とします。  ご利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、障害の特性に応じた栄養及び内容の  食事を、適切な時間に提供します。 |
| 日常生活上  必要な諸経費 | ご利用者の日常生活に要する費用で、ご利用者に負担していただくことが  適当な費用は実費を負担していただきます。 |
| 散髪 | 希望があれば随時予約を行い、事業所内での散髪を実施します。 |

**７ サービス利用料金**

1. 障害者総合支援法に基づく介護給付費の対象となるサービスの料金

　　・共生型短期入所（福祉型）サービス費Ⅰ　　　　1日　　784単位　（7840円）

・共生型短期入所（福祉型）サービス費Ⅱ　　　　1日　　240単位　（2400円）

※共生型短期入所（福祉型）サービス費Ⅱのサービスに関しては事前に協議が必要です。

・常勤看護職員配置加算　　　　　　　　　　　　　　1日　 4単位　　（40円）

・栄養士配置加算（Ⅱ）　　　　　　　　　　　　　　 1日　 22単位　 （220円）

・食事提供体制加算　　　　　　　　　　　　　　　　　1日　 48単位 　（480円）

・送迎加算　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　1日　 186単位　（1860円）

・緊急短期入所受入加算（Ⅰ） 　　 1日　 270単位　（2700円）

・福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）　　　　　　一月のサービス利用料の15.9％

　介護給付費の対象となるサービスを提供した際は、上記サービス利用料金のうち、９割が介護給付費の

　対象になります。事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受ける（代理受領する）場合、ご利

用者は、ご利用者負担分として、上記サービス利用料金全体の１割の額を当事業者にお支払いいただきます

（定率負担又は利用者負担額といいます）。

但し、ご利用者本人の所得に応じて、負担上限が設定される場合があります。

負担上限額は、サービス利用に必要な受給者証に記載されています。

1. 利用料金をご利用者に負担いただくサービス〔（１）以外のサービス〕の料（表１参照）

表１

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用者負担とするもの | | 負担額 | 備考 |
| 食事代 | 朝食 | ４3０円 |  |
| 昼食 | ５5３円 |  |
| 夕食 | ５5２円 |  |
| 食事キャンセル料 | | 上記食費に準ずる | 食事のキャンセルをする場合は下記の時間までに申し出がない場合負担額を頂きます  朝食（前日の１６：５０）まで  昼食（当日の　８：５０）まで  夕食（当日の１１：５０）まで |
| 散髪代 | | ２，０００円 | ご希望があれば随時予約します |
| テレビ貸出サービス代 | | １日/５００円 | ご希望があれば貸出致します。 |
| 日用品費 | | １日あたり  ３００円 | 口腔ケア用品・飲み物・入浴用品等  日常にかかる物品費用となります |

1. 利用料金の支払

　 利用料金・費用は１か月ごとに計算し請求します。施設利用料は利用料の翌月請求書を発送しますの

　 で、請求書を受け取った月内に下記口座に振り込み送金していただくか当施設へ現金持参も可能です。

　 口座引き落としの場合は、お知らせいただいた口座から同月２７日に自動引き落としとさせていただきます。

ご利用者の都合で引き落としができなかった場合、直接事業所に来所いただき、お支払いをお願いします。

口座の手続きが完了するまでは事業所にて現金か指定銀行口座へのお振込みにてお支払いをお願いします。（振込手数料はご負担ください）

振込口座　　　　　 伊予銀行　　 倉敷支店

　　　　　　 　 　　普通預金口座　口座番号 １０７４００６

　　　　　　 　 口座名義　　　株式会社　ココテレサメロンケアー

振込の場合、振込用紙が領収書となります。領収書の発行は致しません。

現金持参の場合は領収書を発行致します。ご了承ください。

※ 利用料、利用者負担額及びその他の費用の支払いについて、正当な理由がないにもかかわらず、

支払い期日から１ヶ月以上遅延し、さらに支払いの督促から１０日以内に支払いが無い場合には、

サービス提供の契約を解除した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

1. キャンセル料等

　 ご利用者等の都合によりご利用のキャンセルを行う場合は以下のキャンセル料を徴収します。

　 ただし、ご利用者の病状の急変など緊急やむを得ない事情がある場合は不要です。

キャンセル料

|  |  |
| --- | --- |
| 利用日の２日前までに連絡いただいた場合 | 無料 |
| 利用日の前日までに連絡をいただいた場合 | 提供表に基づく利用計画のキャンセルにあたる日数の利用料自己負担額の５０％ |
| 利用日の前日までに連絡をいただけなかった場合 | 提供表に基づく利用計画のキャンセルにあたる日数の利用料自己負担額の１００％ |

**８**秘密の保持と個人情報の保護について

（１） 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報 の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する

法律についてのガイドライン」及び「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのための

ガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。

② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」 という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者

及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。

③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又は その家族の秘密を保持させるため、従業者である期間

及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

（２） 個人情報の保護について

① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を

用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、 サービス担当者会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。

② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、

情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で

訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。)

**９　ご利用者の記録や情報の管理、開示について**

1. 事業者は関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、その内容を開示、報告

　 します。（資料の複写等に係る必要な諸経費は、ご利用者の負担となります。）

※本事業所における記録の項目は次のとおりです。

　 ア　サービス提供における具体的な内容

　 イ　ご利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた　　　　市町村への通知事項

　 ウ　ご利用者からの苦情の内容

　 エ　事故の状況および事故に際しての対応

※保存期間は、サービス提供完了日の年度から５年間、閲覧・複写をご希望の場合は　　　　　　　　　　　　事前にご連絡ください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ただし、本人または第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害する恐れがある場合は開示できないことがあります。

1. ご利用者の個人情報は同意を得た上で、以下の場合に口頭、書面、電子メール、FAX等で使用させて　　　　　いただくことがあります。

　 ア　外部監査機関・公共機関の調査で必要とされた場合

　 イ　医療機関へ受診する場合

　ウ　退所に伴い他事業所へ移行される場合

**１０** 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、

利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、 利用者に対して説明し

同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。

その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業者として、身体拘束廃止の取り組みを積極的に行い、身体拘束廃止の指針及び身体拘束廃止委員会を

整備しています。

1. 緊急性･･････直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが　　　考えられる場合に限ります。
2. 非代替性････身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを　　　　　　　防止することができない場合に限ります。
3. 一時性･･････利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、　　　　　　　直ちに身体拘束を解きます。

**１１ 虐待の防止について**

　 障害者の権利の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等

に関する法律」（平成23年6月24日法律第79号）に基づき、虐待の早期発見ならびに国や地方公共団体が

講ずる施策に則ります。又、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 | サブマネージャー　　大塚　弘和 |

（2） 虐待防止委員会を整備しています。

（3） 従業者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ます。

**１２ 苦情の受付について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 当事業所 | 苦情受付窓口 | | ・担当者 　 ：　管理者　出岡　数規  相談員　梶山　千代美  ・電話番号　：　０８６－４２６－８１１８  ・受付時間　：　毎日　８：３０～１７：００ |
| 第三者委員 | | 現在設置ありません |
| 倉敷市 | 倉敷 | 障がい福祉課 | ・所在地　 ：　倉敷市西中新田640番地　　　　　　　　市役所本庁１階  ・電話番号　：　０８６－４２６－３３０５ |
| 水島 | 水島保健福祉センター  　福祉課 | ・所在地　 ：　倉敷市水島北幸町1-1　　　　　　　　　　水島支所２階  ・電話番号　：　０８６－４４６－１１１４ |
| 児島 | 児島保健福祉センター  　福祉課 | ・所在地　 ：　倉敷市児島小川3681-3　　　　　　　　　児島支所１階  ・電話番号　：　０８６－４７３－１１１９ |
| 船穂  玉島 | 玉島保健福祉センター  　福祉課 | ・所在地　 ：　倉敷市玉島阿賀崎1丁目1-1　　　　　　玉島支所１階  ・電話番号　：　０８６－５２２－８１１８ |
| 真備 | 真備保健福祉課 | ・所在地　 ：　倉敷市真備町箭田1141-1　　　　　　　真備支所１階  ・電話番号　：　０８６－６９８－５１１３ |
| 総社市 | 福祉課　障がい福祉係 | | ・所在地 　：　総社市中央1丁目1番1号  ・電話番号　：　０８６６－９２－８２６９ |
| 早島町 | 健康福祉課 | | ・所在地　 ：　都窪郡早島町前潟360-1  ・電話番号　：　０８６－４８２－２４８３ |
| 岡山県運営適正委員会 | | | ・所在地　 ：　岡山市北区南方2丁目13-1　　　　　　　きらめきプラザ３階  ・電話番号　：　０８６－２２６－９４００ |

倉敷市・総社市・早島町・岡山県運営適正委員会

　受付時間　月～金　８：３０～１７：１５

**１３ 非常災害時の対策**

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画にのっとり対応を行います。 |
| 防災（避難）訓練 | ご利用者も参加の上、年２回実施します。 |
| 防災設備 | ・自動火災報知器　　　　・防火扉  ・ガス漏れ探知機　　　　・避難階段  ・スプリンクラー　　　　　・避難滑り台  ・消化器　　　　　　　　　・避難口誘導灯  ・屋内消火栓　　　　　　・通路誘導灯  ・カーテン、布団等は防炎性能のあるものを使用しています。 |
| 消防計画等 | 倉敷消防局への届出日  令和７年 ４月 ３０日  　防火管理者：大塚　弘和 |

**１４ 事故発生時の対応方法について**

　 ご利用者に対する支援の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、ご利用者のご家族等

　 に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

　 また、ご利用者に対する支援の提供により事業者の過失によって、賠償すべき事故が発生した場合は、

　 損害賠償を速やかに行います。

　 事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名　　三井住友海上保険

補償の概要　　福祉事業総合賠償責任保険

**１５ 当事業所を利用する際の留意事項**

|  |  |
| --- | --- |
| 宗教・政治・営利活動 | ご利用者の思想、信教は自由ですが、他のご利用者や職員に対しての勧誘  など、影響を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。 |
| 衛生保持 | 施設内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。 |
| 防災・防犯対策等 | 防災、防犯等の規定に関しては、必ず守ってください。 |
| 喫煙 | 全館禁煙となっております。 |
| 飲酒 | 要相談とさせていただきます。 |
| 薬について | 利用時は直近の処方箋・お薬手帳の持参をお願いします。 |
| 薬を忘れた場合は、服薬支援を行うことはできません。薬を忘れた場合は  届けていただくか、忘れた薬を省いた服薬支援となります。 |
| 病院や薬局で薬をもらう場合、間違いなく内服するために分包・一包化（薬  を１回に服用する分を小分けにすること）を薬剤師にお願いしてください。  また、薬袋に名前と服薬時間の記載をお願いします。 |
| 予備の薬を必ずお持ちください。 |
| 飲食物持込みについて | 飲食物の持込みについては必ず事前にご相談ください。 |
| 食べ物は職員が包丁を使って提供しなければいけないものは持込みできません。 |
| ご利用について | ご利用になった際、職員の体制上等、対応が難しいと判断した場合は  ご利用をお断りする場合があります。 |
| 身体拘束は原則として行わないので、転倒・転落による事故の可能性が  あります。（歩行時の転倒・ベッドや椅子からの転落等にて、骨折・外傷、  頭蓋骨内損傷の恐れ） |
| 持ち物について | 持ち物全てに、お名前の記入をお願いします。記入のない物は紛失等の責任  を負いかねます。 |
| お名前の未記入が判明したものには事業所にて記入させていただく場合があります。 |
| 金品、貴重品、故障したら困る物はお持ちにならないようお願いします。  携帯電話、スマートフォン、ゲーム機等の持込みは可能ですが、故障・紛失等の責任は負いかねます。 |
| 体調不良時 | 当施設は生活介護の場であり、病院と同じような治療はできません。 |
| ご利用中に著しい体調の変化や、治療を要する状態になり受診が必要になった場合は、原則ご家族等付き添いのもと医療機関での受診をお願いします。 |
| 夜間帯、看護師は勤務していません。この時間帯に急変が起きた場合は  ご相談の上、救急搬送の対応となります。 |
| ご利用者の債務 | ご利用者の過失・故意により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。 |
| 他のご利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。別途、必要に応じて施設の定めるルールがある場合は、そのルールの中で施設の利用をお願いします。 |
| 面会について | 事前にご相談をお願いします。 |

※当施設では、ご利用者に快適な生活を過ごしていただくため、安全な環境づくりに努めていますが、

ご利用者の健康状態や病気に伴う様々な症状・あるいは日常生活の中で予期せぬ危険性が生じることを

十分ご理解ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　 　年　 　 月 　 　 日

短期入所サービスの提供およ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。

事業者名　　株式会社ココテレサメロンケアー

住所　　岡山県倉敷市酒津字大森原２５１２－２

代表者　　代表取締役　佐渡島　直美　　　　　　　　　㊞

事業所名　　ショートステイてれさ

住所　　岡山県倉敷市酒津字大森原２５１２－２

説明者　　職名

氏名

　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、短期入所サービスの提供および利用の開始に同意しました。

　ご利用者　　住　所

　ご利用者　　氏　名

　　　　　□　法定代理人　　　　　　□　身元引受人　　　　　　□　立会人（ご家族、その他含む）

　　　　　　　住　所

　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　（続柄　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※法定代理人の方は、証明書の写しを添付してください。