医療ケアRe’sela Holmes小郡

短期入所

重要事項説明書

株式会社 Re’sela Lig

**短期入所 重要事項説明書**

 短期入所事業サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所が説明すべき内容は次の通りです。

 １． サービスを提供する事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 名 　　　所 | 株式会社 Re’sela Lig |
| 所 在 地 | 福岡市東区香住ケ丘2丁目48番5号 |
| 電 話 番 号 | 092-410-8829 |
| 代 表 者 名 | 代表取締役　鎌田　武 |
| 設 立 年 月 | 令和2年７月1日 |

２． 利用施設 事業所の種類

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の種類 | 短期入所 |
| 事業所の名称 | 医療ケアRe’sela Holmes小郡 |
| 事業所の所在地 | 小郡市下岩田355-6 |
| 連絡先 | TEL：0942-48-1922FAX：0942-48-1923 |
| 管理者 | 尾田　さやか |
| 主たる対象者 | 身体障がい者・知的障がい者・難病等 |
| 定員 | ２床 |
| 開設年月日 | 令和5年5月1日 |
| 事業所番号 | 4012600435 |

３．サービスの目的・運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 目的 | 身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて食事や入浴、排泄等の介護その他の必要な保護を適切かつ効果的に行います。 |
| 運営方針 | 利用者等の必要な時に必要なサービスの提供ができるよう努めてまいります。 |

４．サービスに係る施設・設備等の概要

医療ケアRe’sela Holme小郡

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 建物 | 構造 | 木造 |
| 延べ床面積 | 507㎡ |
| 主な設備 | 部屋数 |  |
| 短期居室 | 2室 | 全室　9.93㎡ |
| 食堂 | 2室 |  |
| 洗面所 | 4ヶ所 |  |
| トイレ | 6室 |  |
| 風呂場 | 2室 |  |

５．サービス提供職員の設置状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　種 | 員数 | 備　考 |
|
| 管理者 | 1名 |  |
| サービス管理責任者 | 1名以上 |  |
| 世話人 | 4名以上 |  |
| 生活支援員 | 4名以上 | 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士含む |
| 看護師 | 1名以上 |  |

 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。

1. 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 | 正規の勤務時間帯　9：00～18：00 |
| 生活支援員 | 正規の勤務時間帯　7:00～20:00のうち8時間 |
| 世話人 | 正規の勤務時間帯　7:00～20:00のうち8時間 |
| 看護師 | 正規の勤務時間帯　7:00～20:00のうち8時間 |

６．サービス提供の内容

 （１）訓練等給付費対象サービス内容

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | サービスの内容 |
| 相談及び援助 | 相談及び援助 利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。 |
| 食事 | 栄養と各人の嗜好を考えて、バラエティーに富んだ献立を、提供します。（食材料費及び食事に係る水道光熱費は対象外サービスです。） |
| 排泄 | 排泄に関する援助を行います。 |
| 入浴 | 入浴に関する援助を行います。 |
| 着替え、整容等 | 着替え、整容等身だしなみ、清潔さには特に注意を払います。 |
| 健康管理 | 看護師等により観察、疾病予防、健康管理に努めます。 また、緊急時必要により、主治医あるいは協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。 利用者が医療機関に通院する場合には、その付き添い等について配慮します。 |

（２）訓練等給付費対象外サービス内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 種類 | サービスの内容 | 金額 |
| 個人が使用する日常生活上必要となる諸経費 | 日常生活品の購入等、利用者の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ものについて購入します。 ○日用品 ○保健衛生品 ○教養娯楽品 | 実費 |

 ７．利用料金

 （１）訓練等給付費対象サービス内容の料金

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 費目 | 障がい支援区分 | 備考 |
| 区分6 | 区分5 | 区分4 | 区分3 | 区分2以下 |
| 福祉型短期入所サービス費(Ⅰ) | 903単位/日 | 767単位/日 | 634単位/日 | 570単位/日 | 498単位/日 | 短期入所のみの利用 |
| 福祉型短期入所サービス費(Ⅱ) | 589単位/日 | 516単位/日 | 311単位/日 | 235単位/日 | 169単位/日 | 別に日中活動系サービスを利用 |
| 福祉型強化短期入所サービス費(Ⅰ) | 1104単位/日 | 969単位/日 | 835単位/日 | 772単位/日 | 700単位/日 | 医療的ケアが必要(短期入所のみの利用) |
| 福祉型強化短期入所サービス費(Ⅱ) | 791単位/日 | 719単位/日 | 513単位/日 | 438単位/日 | 370単位/日 | 医療的ケアが必要(別に日中活動系サービスを利用) |

<主な加算>

【送迎加算】…　186単位/回

　・居宅等と事業所との間の送迎を行った場合に加算。

 訓練等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割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が 訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者 負担分として、サービス利用料金全体の１割の額を事業者にお支払いただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

 ＜利用者負担金の上限額＞

 ０円

 又は ９，３００円

 又は ３７，２００円

 なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

（２）訓練等給付費対象外サービス内容の料金（体験利用は別表）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 食費 | 食材料費 | 250/350/400円 朝/昼/夕 |
| 共益費 | 水光熱等 | 660円/日 |
| 実費 | 利用者が個人的に日常生活に要する経費の立替分 | 実費額 |
| 修繕費 | 壁紙の張替等利用者が故意に部屋を傷つけたり、汚したりした場合の修繕費用 | 実費額 |

（３）利用料金のお支払方法

 前記（１）の料金は翌月末日（２）の料金は前月末日にて１ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、利用翌月末日までに以下の方法でお支払い下さい。

* 指定口座からの自動振替　※自動振替手続中のお支払いは振込となります。

福岡銀行　香椎支店　（普）３３１３５１８

　　　　 カブシキガイシャ リセラ リグ ダイヒョウトリシマリヤク　カマタ　タケシ

口座名義　株式会社Re’sela Lig　代表取締役　鎌田　武

 ８．利用者の記録及び情報の管理等

 （１）利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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１０：００～午後１7：００です。

 （２）利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。 但し、市町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）に基づき情報提供を致します。

９．要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

|  |  |
| --- | --- |
| 当事業所ご利用相談窓口苦情受付窓口兼 虐待防止受付 | ・窓口担当者 尾田　さやか・苦情および虐待防止責任者　尾田　さやか・ご利用時間 １０：００～１7：００・電話番号 　0942-48-1922 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。  |
| 各市町村福祉係窓口 | 小郡市福祉課　障がい者福祉係　0942-72-2211 |

10.　協力医療機関

 （１）協力医

訪問診療／往診

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称① | 医療法人徳隣会　つつみクリニック |
| 医院長名 | 堤　光太郎 |
| 所在地 | 朝倉市甘木1596-2 |
| 電話番号 | 0946-21-6411 |
| 診療科 | 総合診療 |

訪問診療／往診

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の名称② | 医療法人永林会　ながたクリニック |
| 医院長名 | 永田　篤士 |
| 所在地 | 小郡市美鈴の杜 |
| 電話番号 | 0942－23－0800 |
| 診療科 | 内科、外科、消化器内科、肛門科 |

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

１１．緊急時の対応

 利用者の病状急変等の緊急時には、すみやかに医療機関への連絡等を行います。

１２． 非常災害時の対策

|  |  |
| --- | --- |
| 防災設備 | ・自動火災報知機 有　　　・ガス漏れ報知機 有 ・ カ－テン等は防炎性能のある物を使用しています。 |
| 防災訓練 | ・別途に定める、消防計画書に則り、年２回、避難・防災 訓練を、利用者の方も参加して実施します。 |
| 非常時の対応 | ・別途に定める、消防計画書に基づく火災時の対応マニュアルに従い、安全な避難に努めます。 |

１３． 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

|  |  |
| --- | --- |
| 共同生活 | 利用者は秩序に従って相互の親睦を深め、共同生活を行ってください。また近隣住民から苦情を生じさせる行為をしないでください。 |
| 外 出 | 事業所への事前の届出が必要です。（注意 無断で外出した場合、ご利用をただちに中止とすることがあります） |
| 部屋の利用 | 建物内はすべて禁煙です。故意に部屋を傷つけること、汚さないでください。また事業者の許可無く部屋の改造をしないでください。 部屋の修理、壁紙、網戸の張替等の修繕は利用者の負担となります。 |
| 設備・器具の利用 | 設備、器具は使用用法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が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 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。留意事項を守れない場合、利用契約終了となる場合があります。 |

上記留意事項を守れない場合、利用契約の終了となる場合があります。

本書 2 通を作成し、入居者又は法定代理人又は身元引受人と事業者が記名押印の上、各1通を保有するものとします。

私は、本書面に基づいて事業者から障がい者福祉サービス短期入所の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意し交付を受けました。

 令和 　 年 　 月 　 日

入 居 者 住 所

氏 名 　　　　 　　　　　　　　 印

ご 家 族 住 所

 続柄( 　 ）氏 名 印

 　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

 代 理 人 住 所

 続柄( 　 ）氏 名 印

 　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

事 業 者 所在地　　福岡市東区香住ケ丘2丁目48番5号

 　　　　　　　　 　　　　　名 称 　 株式会社 Re`sela Lig

 代表者 　 代表取締役　鎌田　武