「指定障害者支援施設にじいろ（日中一時支援・福祉）」

重　要　事　項　説　明　書

本重要事項説明書は、当施設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７７条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※当サービスの利用は、原則として障害者総合支援法における自立支援給付のうち、介護給付の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

１．事業所経営法人・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
２．事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・１
３．居室の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
４．職員の体制・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・２
５．当施設が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・・・・・・・・２
６．利用者の記録や情報の管理、開示・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
７．損害賠償保険・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
８．虐待防止のための措置・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
９．身体拘束の禁止・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
１０．苦情の受付・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・６
１１．その他・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７
１２．第三者評価について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・７

社会福祉法人　長崎県障害者福祉事業団

に　じ　い　ろ

当施設は佐世保市の指定を受けています。

（佐世保市指定 第 4210201093 号）

１．事業所経営法人

名称	社会福祉法人　大空の会
所在地	長崎県佐世保市大潟町５０番地１
電話番号	０９５６－５９－５５５２
代表者氏名	理事長　　吉村　　勝彦
設立年月日	昭和 48 年 12 月 25 日

２．事業所の概要

事業所の種類	指定施設・令和 5 年 5 月 1 日　指定佐世保市 4210201093 号
事業所の目的	障害のある者が日中、活動する場について確保するとともに、その家族の就労支援と日常的にケアしている家族の一時的な休息を目的とします。
事業所の名称	障害者支援施設　にじいろ
事業所の所在地	〒858－0926　長崎県佐世保市大潟町５０番地１
電話番号	０９５６－５９－５５５２
施設長（管理者）	南部　幸子
事業所の運営方針	利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、食事及び排泄等の必要な介護を行い、もって居宅の障害者等及びその家族の福祉の向上を図ります。 ・事業の実施にあたっては、懇切丁寧を旨とし、利用者又は家族にサービスの提供方法について、理解しやすいように説明します。 ・事業の実施にあたっては、利用者の心身の状態に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するように努めます。 ・事業の実施にあたっては、利用者の健康状態に常に注意するとともに、利用者の家族や保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携を図るように努めます。 ・事業の実施にあたっては、地域住民又はその自発的な活動との連携及び協力を行う等、地域との交流に努めます。
開設年月	平成 3 年 1 月
利用定員	２名
サービス提供時間	９：００～１７：００
休業日	土、日、祝日、年末年始
事業所が併設している施設	障害所支援施設　　令和 5 年 5 月 1 日　　佐世保市 4210201093 通所生活介護事業所　平成 30 年 10 月 1 日　佐世保市 4210200442

	相談支援事業所　　平成 30 年 6 月 1 日　　佐世保市 230201396 放課後等デイサービス事業所　令和 4 年 6 月 1 日 佐世保市 4250200476

３．居室の概要

（１）居室の概要

居室の種類	室　数	備　　考	設備等
１人部屋	２床（空床型）	２階・３階・４階の居室を利用	ベッド・洗面所・タンス等

（２）持ち込みの制限

入所にあたり、以下のものは原則として持ち込むことはできません。

・刃物などの危険物　　・騒音や異臭等の問題となるようなもの

・大きな家具類・家電類

・ペット

４．職員の体制

当施設では、利用者に対して「生活介護」と「施設入所支援」を提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

（１）生活介護（日中活動の時間帯）

（２）＜主な職種の勤務態勢＞（標準的な時間における最低人員）

職　　種	勤務体制	
生活支援員	・早出　０７：００～１５：４５ ・平常　０８：４５～１７：３０ ・遅出　１０：００～１８：４５	２名以上 １名以上 １名以上
医師	月～木曜日　０８：４５～１７：３０	１名
看護師	・日勤　０８：４５～１７：３０	３名以上

５．当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第４条、５条、６条参照）

（１）日常生活の支援

・食事の提供

・栄養バランスや利用者の身体の状況を考慮した食事の提供を行います。医師等の指示に基づき

「療養食（糖尿病食や肝臓病食)」の提供もできます。なお、朝食は火・木・土・日曜日は、米飯食、月・水・金曜日はパン食です。

・アレルギーの対応は可能です。

・入　浴

・入浴の回数は週２～３回以内が基準となりますが、イベントや自然災害発生時によるライフラインの影響、その他施設の事情により中止や変更になる場合がございます。

・感染症をお持ちの方は、入浴形態を工夫させていただく場合がございます。

・安全面から職員の見守りができる時間帯での入浴をお願いいたします。

・シャンプーやボディソープは備え付けておりますが、備え付け以外のものを使用される場合はご持参ください。

・排泄

・オムツ使用の方についてはご持参ください。

・その他

・日常生活全般の支援を行います。

（２）医療及び健康管理

医　療

にじいろ診療所	医師による診察・治療
管理者氏名	萩原　博嗣
診療科	内科・整形外科・泌尿器科・精神科・皮膚科・肛門科
診察日	毎週月～木曜日　９：００～１７：００

なお、利用者が、専門医師等の診断・治療を要するときは、下記の協力医療機関において診察・治療を受けることができます。

医療機関名	所　在　地	電　話　番　号
千住病院	佐世保市宮地町５－５	０９５６－２４－１０１０
久保内科病院	佐世保市田原町１１－９	０９５６－４９－３３７７
松浦病院	佐世保市世知原町栗迎９－１	０９５６－７６－２２０１
たたみや歯科医院	佐世保市大潟町６０－１０２	０９５６－４８－５６５５

・服薬の支援

・服薬の必要な利用者で、ご自身で管理及び服薬が困難なときは、適切な服薬介助を行います。

・入院

・予期せず入院が必要となった場合には、医療機関と事業所間の送迎を行います。

（３）社会的活動の支援

（４）相談援助

（５）利用料金等

＜利用者から受領する費用の額等＞

【１日あたりのサービス利用料金】

下記の料金表によって、ご契約者の障害程度区分に応じたサービス利用料金から介護給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）と食事の提供にかかる費用（実費負担額）の合計額をお支払いいただきます。（個別減免等の負担軽減措置についてはご参照下さい）

〇利用料

利用者の障害程度区分とサービス利用料金	区分６	区分５	区分４	区分３	区分２	区分１
４時間まで	３，０３０円	２，４３０円	２，０２０円	１，６２０円	１，４２０円	１，４２０円
６時間まで	４，３２０円	３，４６０円	２，８８０円	２，３１０円	２，０２０円	２，０２０円
８時間まで	５，１８０円	４，１４０円	３，４５０円	２，７６０円	２，４２０円	２，４２０円
８時間越	６，０３０円	４，８３０円	４，０２０円	３，２２０円	２，８２０円	２，８２０円

〇食費

昼食　６００円

〇送迎（現在は実施していません。）

＜利用者負担の減免＞

【利用者負担に関する上限額】

〇費用の額の１割に相当する額が利用者の負担となります。ただし、負担が重くなりすぎないように世帯の収入（市町村民税課税額等）に応じて当該月の利用者負担上限額が設定されています。

世帯の区分	利用者負担上限月額
生活保護世帯	０円
市町村民税非課税世帯	０円
市町村民税均等割課税及び市町村民税所得割額が３３，０００円未満の世帯	５，０００円
市町村民税所得割額が３３，０００円以上２３５，０００円未満の世帯	１０，０００円
上記以外の世帯	２０，０００円

＊その他必要な費用

・日中一時支援サービスの中で、オムツ代等、利用者に負担いただくものがあります。

（６）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第５条）

前記（２）（５）の料金・費用は、サービス利用後、利用月分の合計金額を翌月請求いたしますので、その月末までにお支払い下さい。

指定口座への振り込み ○　十八親和銀行　浜田町支店　普通預金　口座番号００９４２９３ ○　口座名義人　社会福祉法人　大空の会　理事長　吉村　　勝彦

（７）利用回数の制限

次ぎの要件に該当する方で、②　③　の方は月の利用回数は無制限、①　④の方は月の利用回数を１０回までとします。

①１８歳以上で介護給付費の利用対象となった方

②小学校、中学校、高等学校に在籍する障害児

③盲学校、ろう学校または特別支援学校の小・中・高等部に在籍する障害児

④手帳を有し、②　③　に該当しない未就学児

（８）利用の中止、変更、追加（契約書第７条参照）

①　利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更もしくは新しいサービスの利用を追加することができます。この場合にはサービスの実施日の前日（２頁受付時間内）までに事業者にお申し付け下さい。

②　利用の中止について利用予定日の前日（２頁受付時間内）までにお申し出のない場合は、取消料として下記の料金をお支払いいただくことがあります。ただし、利用者の体調不良等ややむを得ない事情がある場合は、この限りではありません。

・利用予定日の前日までに申し出があった場合　無料

・利用予定日の前日までに申し出がなかった場合　利用者負担相当額

③　市町村が決定した「支給量」及び当該サービス利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

④　サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により、利用者が希望する日時及び時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示して協議するほか、サービス提供可能な事業所の紹介などを行います。

（９）利用料金の変更

実費負担額を変更する場合は、原則として１か月前までにご説明します。

６．利用者の記録や情報の管理、開示（契約書第１０条第３項参照）

事業者は、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります）

◇閲覧、複写ができる窓口業務時間　　午前８時４５分～午後５時３０分

◇個人情報保護に関するお問い合わせ

受付窓口　入所支援課　担当　酒井　秋野

７．損害賠償保険への加入（契約書第１１条参照）

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	損害保険ジャパン（株）
保険名	しせつの損害保険
保証の概要	施設業務（サービス）はもとより、居宅支援事業所などと併せ、医療行為も含め全ての業務が補償の対象となります。

８．虐待防止のための措置

利用者の人権擁護、虐待防止のために、責任者を配置しています。

入所支援課２階サービス管理責任者　　川下　恵美子

入所支援課３階サービス管理責任者　　末永　文華

入所支援課４階サービス管理責任者　　酒井　秋野

なお、虐待防止にかかる職員研修を毎年実施致します。

９．身体拘束の禁止

利用者又はその他の利用者の生命､又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束その他の行動を制限する行為を行いません。

☆身体拘束にかかる職員研修を毎年実施いたします。

１０．苦情の受付（契約書第１６条参照）

（１）当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情解決責任者　　氏　名　中村　朝和　　［地域事業部長］

〇苦情解決副責任者　　氏　名　南部　幸子　　［施設長］

〇苦情受付窓口（担当者）

職　名	氏　名
入所支援２課長	川下　恵美子
入所支援３課長	末永　文華
入所支援４課長	酒井　秋野

玄関ロビーに設置している「ご意見箱」でも受け付けます。
なお、上記記載の者に限らず第三者委員（下記２名）へ直接苦情を申し出ることもできます。
また、ホームページ・インターネットメールでも受け付けております。
▽ホームページアドレス：http://niji-iro.or.jp/
▽メ ー ル ア ド レ ス：info@niji-iro.or.jp
〇第三者委員
氏名　松瀬　英子　［相浦地区福祉推進　部会長協議会　会長］
住所：佐世保市相浦町８８　電話：４７－２４１１
氏名　山田　信弘　［社会福祉法人寛寿会評議員］
住所：佐世保市庵浦町１９５２－２　電話：２６－４１５６
〇受付時間　毎週月曜日～金曜日　８：４５～１７：３０

（２）行政機関その他苦情受付期間（土・日・祝日を除く）

佐世保市障がい福祉課	〇所 在 地　佐世保市高砂町５－１ 〇電話番号　０９５６－２４－１１１１ 〇受付時間　８：３０～１７：１５
長崎県社会福祉協議会 （運営適正化委員会）	〇所 在 地　長崎市茂里町３－２４ 〇電話番号　０９５－８４２－６４１０ 〇受付時間　９：００～１７：００

１１．その他
当施設をご利用の際に留意頂く事項
・食品の持ち込み（生もの・酒類）はご遠慮ください。
・金銭の管理は個人でお願いします。紛失については、責任を負いかねます。
・著しい迷惑行為がある場合は、口頭で注意させていただくとともに、記録を残させていただきます。度重なる場合は、ご利用をお断りする場合がございます。
・当施設の規則に従ったご利用をお願いします。

１２．第三者評価について
・当施設では第三者による評価は実施しておりません。

付　則

この規程は、平成３０年４月１日から施行する。

改正日　　令和３年　９月　１日
　　令和４年　７月　１日
　　令和５年　５月　１日

同意書

令和　　年　　月　　日

指定佐世保市障害者日中一時支援事業サービスの提供に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名　　名　称　　障害者支援施設「にじいろ」

住　所　　長崎県佐世保市大潟町５０番地１

説明者　　氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

職名　　入所支援　課長　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項の説明を受け、指定佐世保市障害者日中一時支援事業者「にじいろ」の提供開始に同意しました。

利用者　　住所　　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

代筆者　　保護者　　成年後見人

住所　　〒　　－

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

＊代筆者は、利用者が、身体の状況等により署字困難な為、代理人又は保護者が利用者の意思を確認の上、利用者に代わって代筆しました。