

指定共同生活援助 「重要事項説明書」

あなたに対する共同生活援助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あなたに説明すべき事項は次の通りです。

1 事業者の概要

法人の名称	社会福祉法人 あしたの会
法人所在地	岐阜県山県市大桑3512番地1
代表者氏名	理事長 真野 賢児
設立年月日	平成9年7月8日
電話番号	0581-27-0030

2 利用施設

事業所の種類	指定共同生活援助
事業所の名称	共同生活支援センター どんぐり
事業所の所在地	岐阜県本巣市政田2326番地の2
連絡先	電話番号 058-323-4915 ファックス 058-323-4915
管理者	山田 昌仁
サービス管理責任者	三好 寛子
サービスの実施地域	本巣市
主たる対象者	知的障害者
住居名	グループホーム 樫の木
開設年月日	平成16年4月1日
定員	5名

3 サービスの目的・運営方針

目的	利用者が地域において共同して自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、利用者の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じ、共同生活住居において、入浴、排泄または食事の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行います。
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かつきめ細かな共同生活援助サービスの提供。

4 施設・設備の概要

(1) 施設

建物	構造	木造平屋建
	室内部分面積	204.817 m ²

(2) 主な設備

	部 屋 数	備 考
居 室	5 室	全室個室。トイレ・洗面台・物入れ付 18.218 m ² ×4 室 23.187 m ² ×1 室
食 堂 厨 房 居間	1 室	43.982 m ²
脱衣室・浴室	1 室	共同
共用トイレ	1 室	共同
世話人室	1 室	
非常災害設備		火災通報装置 3 か所 消火器 2 本 避難表示灯 1 か所 スプリンクラー

5 サービス提供職員の設置状況

(1) 職員体制

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			1	
サービス管理 責任者	1			1		1	
世話人	1 4	1		1 3		3.4	
生活支援員	3			3		2.1	

(2) 職員の勤務体制

職 種	職務内容
管 理 者	従業者および業務管理を一元的に行います。
サービス管理責任 者	従業者に対する技術指導や支援計画書の作成を行ないます。
世 話 人	利用者の支援を行うとともに、食事の提供、生活空間を清潔に保ちます。
生活支援員	利用者の余暇活動等の支援を行います。

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	利用者及びその家族が希望する生活や入居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	世話人が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工夫し、提供します。(食材料費及び食事にかか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	身だしなみ、清潔さには特に注意を払います。 利用者の好みにより、希望があれば購入時に付き添います。 季節による衣替え、整理、整頓の援助を行います。
活動支援	地域行事への参加促進を行います。 地域商店への単独買い物等を支援します。
健康管理	常時は、世話人等により観察、疾病予防、健康管理に努めます。また緊急時には、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。 利用者が外部の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。
通院等に関する支援	病院付き添い 病院・薬局への薬の受け取り
入院等に関する支援	職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行います。但し、入院時支援加算の算定内とします。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

	サービスの内容	金 額
① 家 賃	月額	25,800 円
② 家賃補助	月額	10,000 円
③ 食 費	@350 円/食×(朝・夕)×26 日分 (翌々月精算)	18,200 円
④ 光熱水費	月額(共用分、居室分を含みます。)	16,000 円
⑤ 日常生活上必要となる諸経費	日常生活品の購入代金等、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かかる費用をいただきます。 ○日用品 ○保健衛生品 ○教養娯楽費	実 費
⑥ 健康診断 インフルエンザ予防接種等	一般検診 成人病検診 インフルエンザ予防接種	実 費
⑦ 社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費
⑧ その他	サービス提供記録等の複写	実費

(3) サービスの概要

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・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いただきます。（定率負担または利用者負担額といえます）

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

上記「6 サービスの概要 (2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

前記(1)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

前記(2)の①～③の料金は、当月分を前月27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。尚、前記(2)の⑤～⑧の料金は、その都度現金で精算します。

(ア) 当事業所窓口での現金払い

(イ) 下記指定口座への振込み

大垣共立銀行 真正支店 普通預金 144940

口座名義 社会福祉法人 あしたの会 理事長 真野賢児

(ウ) 共立コンピューター 自動会計サービス利用（振替日：毎月28日）

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。

(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いたします。

9 虐待の防止

事業者は、サービス管理責任者を責任者として設置し、利用者の人権・虐待防止のために必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対して虐待防止を啓発・普及するための研修を実施します。

10 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。

種類	内容
健康管理	<当施設の協力医師> おおのクリニック（内科）（院長名：小林浩司） 揖斐郡大野町南方二度桜191 0585-35-0055
服薬管理	服薬が必要な場合、適切な服薬支援を行います。

11 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所相談窓口	窓口担当者：三好 寛子 解決責任者：山田 昌仁 ご利用時間：9：30～17：00 電話番号：058-323-4915 担当者が不在の場合は、事業者事務所までお申し出下さい。
県の窓口	所在地：岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉会館6F 電話番号：058-278-5137 岐阜県運営適正化委員会（岐阜県社会福祉課協議会）

12 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基づき、年2回避難・防災訓練を利用者の方も参加していただいております。
防災設備	火災通報装置 スプリンクラー ガス漏れ報知器 消火器 避難表示灯 カーテン等は防火性のあるものを使用しています。 震災に備えての備蓄（食料・飲料水） （その他：携帯ラジオ・ロープ・軍手・懐中電灯など）
保険加入	事故、損害賠償保険に加入しています。 ・加入保険外社名：AIU 保険 ・加入保険内容：施設賠償保険

13 事故発生時の対応

事故・事件の発生時は速やかに家族・事業所・関係機関に連絡・報告するとともに必要な措置を講じ、再発防止を図ります。賠償すべき事故が発生した場合には損害賠償を速やかに行います。

14 当事業所ご利用の際に留意していただく事項

設備・器具の利用	グループホーム檜の木の設備・器具は、本来の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、弁償していただくことがあります。
喫煙	全室禁煙です。
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。ご希望により世話人及びバックアップ事業所にて管理をいたします。

令和 年 月 日

指定共同生活援助の提供及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。

事業所名：共同生活支援センター どんぐり

説明者職名：サービス管理責任者 氏名 三好 寛子 印

私は、本書面に基づいて、事業者から指定共同生活援助及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者)

住所 _____

氏名 _____ 印

(代理人又は立会人)

住所 _____

氏名 _____ 印