

指定共同生活援助 寛政の里 重要事項説明書

あなたに対する指定共同生活援助の提供開始にあたり、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律施行条例に基づいて、当事業所があなたに説明すべき内容は次のとおりです。

1 サービスを提供する事業者

| | |
|-------|------------------|
| 名称 | 社会福祉法人昌明福祉会 |
| 所在地 | 名古屋市港区寛政町6丁目10番地 |
| 電話番号 | 052-381-4122 |
| 代表者氏名 | 理事長 水谷昌明 |
| 設立年月 | 昭和59年12月18日 |

2 事業所

| | |
|-----------|---|
| 事業の種類 | 指定共同生活援助（障害グループホーム） |
| 事業所の名称 | 寛政の里 |
| 事業所の所在地 | 名古屋市港区寛政町6丁目25番地 寛政の里2階 |
| 連絡先 | 電話番号 052-381-0032 ファックス 052-381-0084 |
| 管理者 | 単 琴音 |
| サービス管理責任者 | 金山 浩美 |
| 主たる対象者 | 知的障害者・身体障害者・精神障害者 |
| 定員 | 6名 |
| 開設年月日 | 令和3年8月1日 |
| 事業所番号 | 2321200194 |

3 共同生活住居

| | |
|------------|---|
| 共同生活住居の名称 | 寛政の里 |
| 共同生活住居の所在地 | 名古屋市港区寛政町6丁目25番地 寛政の里2階 |
| 連絡先 | 電話番号 052-381-0032 ファックス 052-381-0084 |
| 定員 | 6名 |

4 サービスの目的・運営方針

| | |
|------|--|
| 目的 | 利用者が地域において日常生活又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て共同生活住居において、入浴、排泄又は食事の介護、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り適正なサービスを提供します。 |

5 サービスに係る施設・設備等の概要

当事業所では、愛知県条例の定める指定基準を遵守し、以下の施設・設備を設置しています。

(1) 施設

寛政の里

| | | |
|----|-------|--------------------------|
| 建物 | 構造 | 鉄骨 4階建 (耐火建築物) (耐震構造) |
| | 敷地面積 | 997.05 m ² |
| | 延べ床面積 | 2,072.71 m ² |

(2) 主な設備

寛政の里

| | 部屋数等 | 備考 |
|-----------|------|---|
| 居室 | 7室 | 全室個室、各部屋 10.20 m ² ～14.20 m ² |
| 食堂 | 1室 | 居間と併設 |
| 洗面所 | 2か所 | 居間と併設 |
| トイレ | 3か所 | |
| 風呂場 | 1か所 | ユニットバス、個浴 |
| 居間 (リビング) | 1室 | |

5 サービス提供職員の設置状況

当事業所では、指定基準を遵守し、以下の職種の職員を配置しています。

(1) 職員の配置数

| 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名 | | 1 | | | 0.75 | |
| サービス管理責任者 | 1名以上 | 1 | | | | 0.3 | |
| 世話人 | 5名以上 | | | 6 | | 5.2 | |
| 生活支援員 | 1名以上 | 1 | | | | 1 | |

※常勤換算とは、職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数 (例：週 40 時間) で除した数です。

(2) 各職種の勤務体系

| 職種 | 勤務体系 |
|-----------|----------------------------------|
| 管理者 | 9:00～18:00 |
| サービス管理責任者 | 9:00～18:00 |
| 世話人 | 9:00～16:00 9:00～18:00 16:00～9:00 |
| 生活支援員 | 9:00～18:00 |

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

| 種類 | 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 | 支援の必要な入居者に対し、状況に応じた支援を行います。個人で調理される方について希望者には状況に応じた支援を行います。 |
| 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、希望があれば付き添って購入します。 |
| 活動支援 | 地域行事への参加を促進します。地域商店への単独買い物等を支援し、自主性を育てます。 |
| 健康管理 | 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。 |
| 通院、入院等に関する対応 | 身元引受人の方による対応をお願い致します。世話人により同行は、致しかねますので日中連絡の取れる連絡先をお知らせ下さい。 |

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容

| | 金 額 | 備 考 |
|----------------|----------------------|---------------------------------------|
| 家 賃 | 月額 39,000 円 | 月途中の場合 1日 1,300 円 |
| 食材料費 | (朝・夕) 月額 24,000 円 | (1日当たり朝 300円・夕500円) (昼食費 別途500円/日) |
| 光熱水費 | 月額 18,000 円 | 月途中の場合 1日 600 円 |
| 管理費 (リネン代他) | 月額 3,000 円 | 月途中の場合 1日 100 円 |
| 日用品費 | 実費負担 | 生活用品、医療費、薬剤費、医療備品、レクリエーション費 |
| 合 計 | 81,000 円 (税別) | |

*1 か月のモデル料金 (平日就労、土日施設でお過ごしの場合)

39,000 円 + 24,000 円 + (500 × 8) + 18,000 円 + 3,000 円 = 88,000 円

※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」の写しは利用者へ交付いたします。

7 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

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・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、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）

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御確認ください。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6 サービス提供の内容（2）訓練等給付費対象外サービス内容」の項目を御参照ください。

(3) 利用料金の御支払方法

前記（1）（2）の料金は1ヶ月ごとに計算し、御請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払ください。

(ア) 当事業所窓口での現金支払い

(イ) 下記指定口座への振込み

三菱UFJ銀行 高畑支店 普通預金 0131655

(ウ) 金融機関口座からの口座振替

基本的には口座振替をお願いしております。申込書類にご記載の上、ご提出ください。

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医療機関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5:00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・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）に基づき情報提供を致します。

9 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： |

10 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 生活支援員 森川 明美 ・利用時間 平日 10：00～17：00 ・電話番号 052-381-0032・FAX：052-381-0084 | |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者 生活支援員 森川 明美 | |
| 第三者委員 | 野澤 佐吉 | 電話番号 053-542-0413 静岡県浜松市北区引佐町白岩 419 番地 |
| | 佐藤 成俊 | 電話番号 052-712-3350 名古屋市千種区光が丘 1-18-3 |
| 名古屋市健康福祉 局障害者支援課 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：名古屋市中区三の丸 3 丁目 1-1 ・電話番号：052-972-3967 受付時間 平日 8：30～17：15 | |
| 社会福祉法人 愛知県社会福祉協 議会 運営適正化 委員会 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：名古屋市東区白壁 1 丁目 50 ・電話番号：052-212-5515・FAX：052-212-5514 相談時間：月曜日から金曜日 9：00～17：00 (国民の祝日・休日、年末年始は除きます) | |

(2) 虐待防止に関する相談窓口

| | |
|------------------|---|
| 虐待防止に関する 相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・名古屋市障害者虐待相談センター ・利用時間 平日 10：00～17：00 (祝日・年末年始除く) ・電話番号 052-856-3003・FAX 052-919-7585 |
|------------------|---|

11 協力医療機関

| | |
|------|-----------------|
| 医療機関 | 水谷医院 |
| 名 称 | 水谷医院 |
| 医院長名 | 水谷秀子 医師 |
| 所在地 | 名古屋市港区土古 2-21-8 |
| 電話番号 | 052-381-2016 |

※上記の他、各専門医に協力依頼しております。

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。 |
| 防災設備 (寛政の里) | <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・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・飲料水 3 日分） （その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等） |
| 防災設備 (寛政の家) | <ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 無 ・室内防火栓 無 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水 3 日分） （その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等） |
| 平時の訓練 | ・別途に定める、消防計画書に則り、年 2 回避難・防災訓練 年 1 回水害対策訓練を、利用者の方も参加して実施します。 |
| 消防計画 | 消防署への届出日： 令和 3 年 1 1 月 4 日 防火管理者： 渡邊 力 |
| 保険加入 | 事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：損害保険ジャパン株式会社 加入保険内容：賠償責任保険 |

13 当事業所御利用の際に留意いただく事項

| | |
|--------------------|--|
| 設備・器具の利用 | 事業所の設備、器具は本来の用法にしたがって御利用ください。これに反した御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。 |
| 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。自己管理のできない利用者につきましては希望により世話人及びバックアップ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御遠慮ください。 |

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 寛政の里

説明者職名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定共同生活援助の提供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

代理人住所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____