

指定共同生活援助（介護サービス包括型）

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所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条及び第77条の規程に基づき当事業所の概要や提供されるサービスの内容や契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

社会福祉法人雄勝なごみ会
多機能型事業所かざぐるま

あなたに対する指定共同生活援助（介護サービス包括型）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内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 雄勝なごみ会
所 在 地	湯沢市小野字大沢田 2 2 1 番地
電 話 番 号	0 1 8 3 - 5 2 - 5 2 1 0
代表者氏名	理事長 菅 義雄
設 立 年 月	昭和 5 6 年 5 月 2 7 日

2. 利用施設

事業所の種類	指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所 平成 2 6 年 7 月 1 日 指 定
事業所の名称 (事業所番号)	多機能型事業所かざぐるま (0 5 2 0 7 0 0 0 5 5)
事業所の所在地	秋田県湯沢市字両神 1 7 番地 1
連 絡 先	電話番号 0 1 8 3 - 7 2 - 1 6 1 6 F A X 0 1 8 3 - 7 2 - 5 4 6 6
管 理 者	施設長 鶴沼 美樹子
サービス管理責任者	新山 雅樹、兼子 昌之
サービスの実施地域	湯 沢 市 、 横 手 市 、 雄 勝 郡 (そ の 他)
主たる対象者	定めなし
定 員	1 0 名
開設年月日	平成 2 6 年 7 月 1 日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	利用者が自立した社会生活を安定して継続できるよう、その意思及び人格を尊重し地域社会との交流を図りながら適正な共同生活援助（介護サービス包括型）の提供を確保することを目的とします。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源、各関係機関との連携を図りながら適正且つ、きめ細やかな指定共同生活援助（介護サービス包括型）のサービスの提供に努めます。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	建物の構造	鉄骨造二階建
	敷地面積	1,744.10㎡ (528.51坪)
	延べ床面積	1,254.74㎡ (388.22坪)

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	10室	男性室5、女性室5
L D K	2室	
相談室	1室	
浴 室	2室	
洗面所	2室	
便 所	3室	男女別、兼用1
洗濯室	1室	

5. サービス提供職員の設置状況

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			0.1	施設長
サービス管理責任者	2		2			1.0	
生活支援員	3	1	2			2.0	
世 話 人	3	3				3.0	
事 務 員	1		1			0.2	

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。

※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。

(1) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管 理 者	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）の内、2時間程度
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）
生活支援員	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）
世 話 人	正規の勤務時間帯（6：30～10：30、15：30～19：30）
事 務 員	正規の勤務時間帯（8：15～17：15）の内、2時間程度

(2) 営業日 月曜日から日曜日

6. サービス提供の内容

(1) 介護給付費・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・生活支援	<p>栄養士と世話人が栄養バランスと利用者の嗜好を踏まえ、そのニーズを反映させながら衛生的で栄養バランスに配慮した食事の提供をします。(食材料費及び調理等に係る水光熱費は対象外サービスです)</p> <p>掃除、買い物、洗濯等の生活支援については個人の自立、自主性に配慮しながら共同で行う事とし必要と希望に応じて支援します。</p>
介護	身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に配慮しながら入浴、排泄、食事等、生活全般に関する介護また個別支援計画内容に応じた個人に必要な介護を適切に行います。
余暇・地域活動支援	個人の様々なライフスタイルに合わせた当事者主体の自己決定に基づいた余暇活動の支援を行います。また、お祭りや清掃活動等イベントの情報提供も行いながら地域社会への参画を図り楽しみながら地域社会の構成員としての役割が果たせるようにします。
健康管理	<p>日常生活に必要な疾病予防、バイタルチェックや服薬管理、福祉サービス事業所看護師との連絡調整を図りながら安定した体調・健康保持を目指して適切な支援を行います。また、緊急時には必要により主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</p> <p>利用者が外部の医療機関に通院する場合には、その付き添いについて配慮します。(付添料がかかる場合があります)</p>
入院等に関する支援	職員が家族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する。(手続き、介護等支援は対象外サービスです)
金銭管理	<p>希望のある方、必要と認められる方について個別支援計画に方法、内容、取扱者と確認者等を明記したうえで適正且つ適切に支援します。</p> <p>成年後見制度の利用希望がある方についても連絡調整など適切な支援を行います。(預かり金管理は対象外サービスです)</p>
その他の支援	緊急時の対応、福祉サービス事業者や各関係機関との連絡調整やその他の支援についても個別支援計画に基づき、ご本人の意向、希望や思いに留意しながら適切に行います。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容

下記のサービスについて、利用を希望される場合には所定の料金、または実費をお支払いいただきます。

なお、所定の料金、実費については経済状況の変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合、事前に変更の内容と変更する事由について変更を行う1ヶ月前までに説明することとします。

サービスの種類	サービスの内容	金額
家賃	特定障害者特別給付費の支給を受けている方は家賃の額よりマイナスされます。	月15,000円
食材料費	朝食、夕食費用（昼食は自己負担です）	月25,000円
車両使用費	個人的な通院、外出等について、やむを得ない場合を除き個人の希望等で公用車を使用した場合に費用をいただきます。	実費
健康診断等	一般・成人病等の検診、各予防接種等	
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。 ※証明書発行、サービス提供書類、サービス利用の開示の複写費等	
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①教養娯楽費 ②保健衛生品費 ③日用品費	

<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。なお、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) 介護給付費・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割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・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）場合に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ご確認ください。

(2) 介護給付費・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）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) サービス利用の取り消し料金

利用者が全てのサービスについて利用の取り消し（キャンセル）をする場合は、サービス利用予定日の3日前までに当事業所までお申し出ください。

なお、サービス利用日の3日前までに申出のない場合は、キャンセル料をいただく場合があります。

（キャンセル料：介護給付費・訓練等給付費とその対象外サービスの実費相当額）

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので25日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
- ② 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：北都銀行各支店または、ゆうちょ銀行（郵便局）

8. 利用者の記録及び情報の管理等

（1）事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。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8時30分から午後5時までです。

（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、サービス提供を行う上での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事業所及び医療機関等との連絡調整や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. 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

利用者の権利を擁護すると共に、生活の質の向上と快適な生活を営めるよう努める。

担当分野	職種・職業等	氏名・住所・TEL
苦情解決責任者	施設長	鵜沼 美樹子
苦情受付担当者	副主任生活支援員	佐藤 さち子
	<ul style="list-style-type: none"> ・ご利用時間 午前8時30分より午後5時まで ・電話番号 0183-72-1616 FAX 0183-72-5466 ・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。 	
第三者委員	元湯沢市保健師	根岸 ゆり子
	元湯沢市議会議員	高階 順子
	元教員、元社会福祉法人評議員	柿崎 清
秋田県運営適正化委員会		TEL018-864-2726

(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	・窓口担当者	由利 恵理
	・ご利用時間	午前8時30分から午後5時まで
	・電話番号	0183-72-1616
	・FAX	0183-72-5466

1.1. 協力医療機関

医療機関の名称	秋田県厚生農業協同組合連合会 雄勝中央病院		
医 院 長 名	天満 和男		
所 在 地	秋田県湯沢市山田字勇ヶ岡25		
電 話 番 号	0183-73-5000(代表)		
診 療 科	内科、神経内科 歯科口腔外科 他	入 院 設 備	376床(一般) 4床(感染症)

1.2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める消防・防災計画書により対応します。		
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知器 有 ・非常通報装置 有 ・ガス漏れ報知器 有 ・スプリンクラー 有 ・カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。 ・その他 	<ul style="list-style-type: none"> ・屋内消火栓 有 ・非常用電源 有 ・消化器 有 ・誘導灯 有 	
平時の訓練	別途に定める消防・防災計画書に則り避難・防災訓練を利用者も参加して実施します。		
消防計画	消防署への届出日：毎年4月届出 防火管理者：兼子 昌之		
保険加入	事故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：株式会社 損害保険ジャパン 加入保険内容：社会福祉施設総合損害補償		

1 3 . 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	共同生活住居または当事業所内の設備、器具は本来の用法にしたが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。
喫煙	全館禁煙です。喫煙は屋外の所定の場所をお願いします。
通院・外出支援	事前に予定日をお知らせのうえ予約をお願いします。お知らせいただかないと対応できないことがあります。事業者が対応できない場合にはご家族等に協力を仰ぎます。
居室内への立ち入り	居室内の整理整頓、清掃等の希望のある方に対しては、同意を得たうえで利用者不在時に居室内に立ち入ることがあります。
電話、来客の取り次ぎ	電話、来客についてはプライバシー等に配慮し、当該利用者の許可、希望がない場合は取り次ぎしません。その他、利用者とその家族、代理人等の希望により対応させていただきます。
ペットの飼育	衛生上の観点からペットの飼育はご遠慮下さい。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の自己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貴重品を事業所内に持ち込まないようお願いします。
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。

※この他、本重要事項説明書に記載されていない事柄、事由や費用、料金が発生した場合、または利用者から申し立てがあった場合等、障害者総合支援法やその他諸法令等の定める所に従い各関係機関からの意見を伺いながら都度、利用者との誠意を持って協議するものとします。

平成 年 月 日

指定障害者福祉サービス共同生活援助（介護サービス包括型）の提供および利用（体験利用）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 : 多機能型事業所 かざぐるま 施設長 鵜沼 美樹子

説明者職氏名 : _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス共同生活援助（介護サービス包括型）の提供および利用（体験利用）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

保証人住所 :

氏 名 : _____ 印
続 柄 :