

障害者施設きくま「共同生活援助」重要事項説明書

1. 事業者

名 称	社会福祉法人名石会
所在地	愛媛県松山市星岡一丁目31番7号
電話／FAX	089-909-5454 / 089-905-3388
代表者氏名	理事長 石 山 将
法人の設立年月日	平成26年10月17日

2. 事業所

事業所の種類	共同生活援助事業 令和3年4月1日指定 愛媛県第3820200933号
事業所の名称	障害者施設きくま
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者
事業所の所在地	愛媛県今治市菊間町浜1147番地3
電話／FAX	0898-54-5500 / 0898-54-5507
管理者	石 山 哲
サービス管理責任者	安 永 英 和
事業の目的	社会福祉法人名石会が設置する障害者施設きくまにおいて実施する指定障害福祉サービスの共同生活援助事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、共同生活援助の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な共同生活援助の提供を確保することを目的とする。
事業所の運営方針について	<ol style="list-style-type: none"> 1 事業所は、利用者が地域において共同して自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、当該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【「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」（平成17年法律第123号。以下「法」という。）】において入浴、排せつ及び食事等の介護、相談その他の日常生活上の支援を適切かつ効果的に行うものとする。 2 共同生活援助の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の指定障害福祉サービス事業者等その他の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に努めるものとする。 3 前2項のほか、その他関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。
事業所が行なっている他の業務	指定短期入所・令和3年4月1日指定 愛媛県第3810201008号

3. 共同生活住居の概要

(1) 各共同生活住居の概要

名称	障害者施設さくま	
構造	木造 2階建	鉄骨造 3階建 (内1, 2階)
敷地面積	1073.49㎡	290.83㎡
延床面積	617.24㎡	437.09㎡ (内263.97㎡)
共同生活住居名	障害者施設さくま	障害者施設さくま2
居室	20室	10室
居室内洗面所	20か所	
共用洗面所	2か所	2か所
一般浴室	3室	2室
相談室	1室	1室
脱衣室	3室	2室
トイレ	2か所	4か所
車イストイレ	4か所	
事務室	1室	1室
介護員室	1室	
リネン庫	1室	
多目的室	1室	2室
食堂	2室	1室

※Wi-Fi環境については、各自ルーターをご用意下さい。

(2) 従業員の体制

職種	員数
1. 管理者	1名 (常勤職員)
2. サービス管理責任者	常勤換算で1名以上 (うち1名以上は常勤職員)
3. 生活支援員	常勤換算で2.8名以上 (うち1名以上は常勤職員)
4. 世話人	常勤換算で4.2名以上 (うち1名以上は常勤職員)
5. 看護職員	常勤換算で1名以上

4. 主な職種の勤務体制

職種	勤務体制	
管理者	日勤	8:00~17:00
サービス管理責任者	早出	7:00~16:00
生活支援員	遅出	10:00~19:00
世話人	夜勤	16:00~10:00
看護職員		

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 提供するサービス

①訓練等給付費等から給付されるサービス

②利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス (①以外のサービス)

①訓練等給付サービス

種類	内容
相談及び支援	・当事業所は、利用者及びその家族からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な支援を行うように努めます。 〈相談窓口〉サービス管理責任者
入浴	・原則的に毎日行います。但し、利用者の心身の状況により入浴することが困難な場合は、清拭になる場合があります。 ※設備の点検・修繕等により入浴できない場合があります。
排泄	・利用者の状況に応じて適切な排泄支援を行うとともに、排泄の自立に向けた適切な支援を行います。
着脱衣	・必要に応じて介助、確認を行います。
整容	・個性を尊重しながら適切に支援を行います。
移動	・利用者の状況に応じて適切な支援を行います。
日中活動の支援	・自立の支援と日常生活の充実に資するよう、利用者の心身の状況に応じて支援します。 ・利用者が日常生活における適切な習慣を確立するとともに、社会生活への適応性を高めるよう、あらゆる機会を通じて支援します。
余暇の支援	・余暇支援を行うほか、各種イベントを計画します。
健康管理	・常時、従業員により疾病予防、健康管理に努めます。 ・従業員が利用者の服薬を管理します。マニュアルに基づき、誤りのないよう万全を期します。 ・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。(付添料がかかる場合があります。) ・バックアップ施設（シーサイド堀江）

②訓練給付対象外サービス

種類	内容
食事	・利用者の身体状況に配慮した食事を提供します。 《食事時間》
	・平日 朝食（7：30～8：30） 昼食（12：00～13：00） 夕食（18：00～19：00） 又は利用事業所にて ・休日 朝食（7：30～8：30） 昼食（12：00～13：00） 夕食（18：00～19：00） ※食事時間はあくまで目安です。
特別な食事	・利用者の希望により特別な食事を提供する事もできます。(要相談)
各種付き添い等	・利用者の希望する医療機関等への受診や薬の受け取り等
余暇の支援	・利用の希望に応じて実施します。潤いある質の高い生活を送る事ができるように支援します。
預り金等管理	・利用者の希望により、預り金等管理サービスをご利用いただけます。
日中活動支援	・日中活動先との調整等支援します。
その他日常生活上必要となる支援	・利用者の希望により実施します。 (健康診断・歯科検診・予防接種・理美容・クリーニング・粗大ごみ処分等)

〈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。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。

《サービス利用料金》

お支払いいただく利用料はつぎのとおりです。

(1) 訓練等給付費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、事業所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、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いいただきます。

なお、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の料金

訓練等給付費等の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、この所定料金は、経済状況の著しい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、事前に変更の内容ならびに変更する事由について、変更を行う1ヶ月前までにご説明します。

以下については、料金（実費等）をいただきます。

項目	料金		
食費（食材費含む）	朝食 420円	昼食 620円 （希望時）	夕食 620円
特別な食事	実費		
家賃	月額 42,000円		
共用部分における水道・電気料	月額 4,000円		
水道・電気料	基本	月額 7,000円	
	冬季・夏季加算 (12~2月、7~9月)	月額 4,000円	
ガス代	実費		
町内会費	実費		
特別な病院受診等に係る諸費用 (各種特別な付き添い等含む)	参加費・交通費	実費	
	外出支援費	1時間 1,500円	30分ごとに750円追加
預り金等管理サービス	月額 1,000円		
故意破損弁償代	実費	各種保険加入者は補償範囲を超えた場合	
コピー代	1枚	20円	
各証明書の発行	1部	100円	
洗濯サービス費	1回	200円	
乾燥機使用費	1回	100円	
その他日常生活上必要となる諸費用 (理美容・クリーニング・予防接種・粗大ごみ処分等)	実費		

※1. 食事をキャンセルする場合は、3日前17:00までに事業所ご連絡下さい。

お申し出がない場合は、実費をいただく場合があります。

※2. 訓練等給付費の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、利用者の負担額を変更します。

- ※ 3. 特別な病院受診等に係る諸費用の単価につきましては、利用者 1 名につき引率者 1 名で引率を行った場合の費用となります。従って、参加利用者及び引率者が複数の場合は、所要時間に引率人数を掛けたものを参加利用者数で割ったものが、一人当たりの費用となります。
- ※ 4. 特別な病院受診等に係る諸費用の付添費における（時間内）とは、8：30～17：30までとなります。それ以外の時間につきましては（時間外）の費用が適応されます。
- ※ 5. その他、社会情勢等により著しい物価の変動等があった場合には、料金を変更する場合があります。
- ※ 6. 食費及び水光熱費（電気・ガス・水道）については、毎月定額をお支払いいただきますが、年度末（毎年 3 月末）に清算致します。

（3）利用料金・費用のお支払い方法

前記「サービス利用料金」（1）（2）の料金・費用は、1 ヶ月ごとに計算しご請求します。利用者負担金は、当月末日精算の翌々月末日払いです。

支払方法

- ・ご指定の口座からの自動引き落としをお願いします。
- ・振込での支払いを希望される場合はお申し出下さい。

6. 虐待・身体拘束の防止について

事業所は、利用者等の人権の擁護・虐待防止等のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- ・虐待防止・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。
- ・虐待防止・身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- ・従業者に対して、虐待防止・身体拘束等の適正化のための定期的な研修を実施します。
- ・サービス提供中に、当該事業所従業者又は養護者（現に養護している家族・親族・同居人等）による虐待等を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを市に通報します。
- ・事業所は、利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等を行いません。
- ・やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、事前に十分な説明の上利用者又は家族等に同意を得るとともにその態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録致します。
- ・虐待防止・身体拘束等の適正化に関する担当者を選定しています。

7. 苦情の受付について

(1) 苦情申立先

●事業所内の受付窓口				
担当者	役職名	氏名	住所	電話番号
受付担当者	管理者	石山 哲	今治市菊間町浜 1147 番地 3	0898-54-5500
第三者委員	名石会評議員	阿曾沼 温良		
	名石会評議員	伊藤 伸一		
解決責任者	管理者	石山 哲	今治市菊間町浜 1147 番地 3	0898-54-5500
※意見箱を設置しておりますのでご利用ください。				
●行政等の受付機関				
機関名		住所		電話番号
今治市障害福祉課		今治市別宮町 1 丁目 4 番地 1		0898-36-1527
愛媛県社会福祉協議会運営適正化委員会		松山市持田町 3-8-15		089-921-8353

(2) 虐待防止に関する窓口

担当者	氏名	住所	電話番号
虐待防止責任者	石山 哲	今治市菊間町浜 1147 番地 3	0898-54-5500

8. 協力医療機関

利用者が、専門医師等の診断・治療を受けることになった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受けることができます。

医療機関名	科名	所在地	電話番号
医療法人順天会 放射線第一病院	内科、泌尿器科、皮膚科、呼吸器内科、ペインクリニック、整形外科、神経内科、消化器内科	今治市北日吉町 1 丁目 10 番 50 号	0898-23-3358
菊間歯科医院	歯科	今治市菊間町浜 722	0898-54-5061

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める防災計画により対応します。
避難訓練	年 2 回実施します。
防災設備	消火器、誘導灯、消火散水栓、自動火災知機火災通報装置

10. 利用の際に留意していただく事項

利用されている方々の生活の場としての快適性や安全性を保つため、次に掲げる事項についてご留意ください。

面会	原則として、就寝から起床までの時間以外、尚、ご家族以外の方については、利用者との関係をお尋ねする場合があります。
外出	いつでもできます。生活支援員・世話人又は事務所等にご連絡下さい。
医療機関への受診	より専門科への受診が必要と判断された際に、受診が継続になる場合や受診先が遠方である場合等は、ご家族に協力を依頼することもあります。
設備・器具の利用	設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は弁償して頂くことがあります。
飲酒	希望によりできます。ただし、過飲等で他の利用者に迷惑となる場合や健康上の理由で制限させていただく場合があります。

喫煙	希望によりできます。ただし、所定の場所での喫煙と、健康上の理由により制限させていただく場合があります。
政治・宗教活動	利用者の信仰等は自由ですが、他の利用者に対して政治・宗教勧誘・営利を含めた活動等は行ってはいけません。
貴重品管理	利用者の責任において管理していただきますが、自己管理できない場合は、事業所で保管いたします。(有料)
動物飼育	動物の飼育は原則できません。
危険物等	危険物の持ち込みは禁止します。その他はご相談下さい。

1 1. 第三者評価

第三者評価は受けておりません。

令和 年 月 日

共同生活援助サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 障害者施設きくま
説明者職名 管理者 石山 哲 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、共同生活援助サービスの提供開始に同意しました。

利用者

住 所

氏 名

印

身元引受人

住 所

氏 名

印

(続柄 :)

電話番号