

一体型指定共同生活介護・共同生活援助 地域支援センターひまわり

重要事項説明書

当事業所では、一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業を提供します。

当サービスの利用は、原則として介護給付または訓練等給付の支給決定を受けた方が対象となります。

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 条に基づき、当事業所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。

目次

1. サービスを提供する事業者	1
2. 利用事業所	1
3. サービスに係る設備等の概要	2
4. 従業者の配置状況	2
5. 当事業所が提供するサービスの概要	2
6. 非常災害時の対策	4
7. ホームを利用の際に留意していただく事項	4
8. 特別なサービスの提供とこれに伴う費用	5
9. 利用料金・費用のお支払い方法	6
10. 利用者が入院等された場合の対応について	6
11. 利用者の記録や情報の管理、開示について	6
12. 人権擁護および虐待防止のための措置	7
13. 苦情の受付について	7

社会福祉法人 ひまわりの会
一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業所
地域支援センターひまわり
当事業所は岡山県の指定を受けています。
(平成 20 年 4 月 1 日指定 第 3320200060 号)

1. サービスを提供する事業者

名称	社会福祉法人 ひまわりの会
所在地	岡山県倉敷市福田町福田2122-1
電話番号	086-455-8585
代表者氏名	理事長 渡邊 眞琴
法人の設立年月	昭和55年11月11日

2. 利用事業所

事業所の種類	平成20年4月1日指定 岡山県第3320200060号
事業所の名称と目的	地域支援センターひまわり 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に応じて住居において、入浴、排泄及び食事の介護、洗濯、掃除などの家事、生活などの家事、生活などに関する相談及び助言を適切かつ効果的に行ないます。
主たる対象者	特になし
事業所の所在地と連絡先	岡山県倉敷市水島東弥生町6-3 086-440-3307
[管理者]	河本 佳枝
[サービス管理責任者]	原 由美子 坂本 祐男 太田 健二 守田 博
事業所の運営方針	利用者が地域において日常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ならびにそのおかれている環境に応じて適切に支援します。
事業所の開設年月	平成20年4月1日
定員	117人

3. サービスに係る設備等の概要

ホーム名()

居室・設備の種類	室数	備考
居室	室	全室個室です。
浴室・洗面所		
台所・食堂		食堂にウェブカメラ設置。
トイレ		

* 利用者の心身の状況や居室の空き状況により、ご希望に沿えない場合もあります。

4. 従業者の配置状況

従業者の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する者として、下記の職種の従業者を配置しています。

【主な従業者の配置状況】

職 種	常勤換算(4)	常 勤	非常勤	指定基準
1. 管理者	1 名	1名(兼務)		1名
2. サービス管理責任者	4 名	4名		4名
3. 生活支援員	3.2 名	3名(兼務1)	1	2.7名
4. 世話人	18.4 名	15名	7名	16.9名

【記載例】常勤換算とは：

従業者それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤従業者の所定勤務時間数(例：週 40 時間)で除した数です。

たとえば・・・1 日 4 時間、週 5 日勤務の従業者(1 週間で 20 時間勤務)が 5 名いる場合、常勤換算では、 2.5 名(4 時間×5 日×5 名÷40 時間 = 2.5 名)となります。

<主な職種の勤務体制>

職種	時間帯
1. サービス管理責任者	8:20～17:20 または13:00～22:00
2. 生活支援員	8:20～17:20 または13:00～22:00
3. 世話人	6:00～9:00 15:00～20:00
4. 夜間宿直(柵・椿)	21:00～7:00

5. 当事業所が提供するサービスの概要

(1) 入居者の定率負担額

別紙、「共同生活介護・共同生活援助個人利用説明書」のとおりです。

(2) 訓練等給付費・介護等給付費から給付されるサービス

訓練等給付費・介護等給付費(市町村から支給される額及び入居者の定率負担額等)の範囲内で提供するサービスの内容は以下のとおりです。

すべてのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。この「個別支援計画」は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として本事業所のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただくものです。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

(3) サービス提供の内容

基本的な生活にかかわる支援

種 類	内 容
食事	支援の必要な方に対し、食事を提供します。 〔食事時間〕 平日 朝食6:30～ 夕食18:00～ 休日 朝食8:00～ 夕食18:00～ 個々の状況に応じて時間が異なることもあります。
調理	常に清潔・安全衛生に配慮した環境を整えます。
洗濯・排泄・着脱衣 整容・清掃・整理整頓	入居者の状況に応じて適切な支援をします。

日中活動支援

日中活動のサービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

社会生活にかかわる支援

種 類	内 容
金銭管理・人間関係	入居者の状況に応じて適切な支援をします。
相談および援助	常に入居者の心身の状況や生活環境等の的確な把握に努めます。また、入居者や家族に対し、適切な相談対応助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

保健医療にかかわる支援

常に入居者の健康状況に注意し、協力医療機関等を通じて健康保持のための適切な支援を行います。

通院については必要に応じて同行します。

入居者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への通院・連絡等を行います。

倉敷市外への病院への受診は別途オプション料金をいただきます。

1) 嘱託医

医療機関の名称	雨宮医院
医院長氏名	雨宮慎二
所在地	倉敷市北畝4 - 17 - 12
電話番号	086 - 456 - 2000
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
入院設備	なし

2) 指定協力医療機関

医療機関名	連絡先	診療科
水島中央病院	444 - 3311	内科・整形外科・外科ほか
水島協同病院	444 - 3211	神経内科・外科・内科ほか
倉敷仁風ホスピタル	465 - 2430	精神科
倉敷成人病センター	421 - 2111	小児科・内科・外科ほか
水島歯科診療所	444 - 8221	歯科
まきび病院	698 - 6511	精神科
赤松眼科	426 - 7547	眼科
馬越歯科	455 - 9353	歯科
多田皮膚科	426 - 7548	皮膚科
渡辺耳鼻咽喉科医院	427 - 3311	耳鼻咽喉科
渡辺胃腸科外科病院	525 - 2552	胃腸科・外科他

6. 非常災害時の対策

防災訓練	各ホームで定期的を実施します。
防災設備	消火器 ガス漏れ警報機 火災警報器

7. ホームを利用の際に留意していただく事項

ホームを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注意ください。

設備・器具の利用	ホームの設備・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賠償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所をお願いします。

飲酒	飲酒は自由ですが、仕事(日中活動)や体調に支障のないようにしてください。また、他の入居者の迷惑にならないようお願いします。
貴重品の管理	入居者の所有する貴重品につきましては、ご自身の責任において管理していただくことが原則です。紛失等の事故に対する責任は当事業所で負うことはできません。
宗教・政治・営利活動	入居者の思想・宗教は自由ですが、他の入居者や職員に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	ホーム内へのペットの持ち込みについては、ご遠慮ください。
衛生保持	ホーム内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力下さい。
防災対策	火災予防の規律に関しては特に注意を払い、必ず守って下さい
安全対策	入居者の安否確認・設備の安全確認のためウェブカメラ(食堂に設置)による見守りを定期的に行います。
外出・外泊	外出や外泊は自由ですが、届出が必要です。またご自身の責任において行っていただきます。
面会	面会時間は原則として9時から17時までです。予定が前もってわかっているときには世話人に知らせてください。
その他	入居者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合、必要な措置をとることができるものとしてします。

8. 特別なサービスの提供とこれに伴う費用

種類	内容	金額
預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> ・お預かりするもの:事業所の指定する金融機関に預け入れている通帳及び日常必要な小額の現金、金融機関届出印、年金証書 ・保管管理者:事務長 久本 浩司 ・出納責任者:事務員 梶房 智子 <p>入出金については、責任を持って行い、金銭出納帳を作成します。 利用者はいつでも入出金記録を閲覧できます。</p>	<p>月額 1,000円</p>

代行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 市外への薬受け取りや買い物、公共機関への事務取次ぎ等の代行を行ないます。原則世話人(もしくはヘルパー)が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。 	20円 / kmのガソリン代
同行サービス	<ul style="list-style-type: none"> 市外への通院や利用者の依頼による外出、帰宅の送迎等を行なう場合は付き添い同行します。なお職員の勤務が調整できない場合は、お断りすることもあります。原則世話人(もしくはヘルパー)が行うサービスです。できない場合のみ右記の金額で提供します。 	20円 / kmのガソリン代
複写物の交付	領収証の発行はできません。	10円 / 1枚
各種証明書の発行	<ul style="list-style-type: none"> 在園証明書等 領収証が必要な方には発行いたします。 	100円 / 1部

9. 利用料金・費用のお支払い方法

利用料金・費用は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

<p>利用者の指定金融機関の口座から自動引き落としとする方法 直接法人事務局窓口でお支払いいただく方法 事業所指定の金融機関の口座に降りこんでいただく方法 【指定金融機関】 振込先:香川銀行倉敷支店 口座名義:社会福祉法人ひまわりの会 共同生活援助事業ひまわり 管理者 河本 佳枝 口座番号: 普通預金 3501437 振り込み手数料は、請求額に含めて振込んでください。</p>

10. 利用者が入院等された場合の対応について

当事業所をご利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じ、3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当事業所を再び優先的に利用することはできません。(契約書第13条、14条参照)

11. 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第7条第6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。)

* 本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 個別支援計画
 - (2) サービス提供の具体的な内容
 - (3) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
 - (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
 - (5) 利用者からの苦情の内容
 - (6) 事故の状況及び事故に際しての対応
- 保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。
閲覧・複写ができる窓口業務時間は、午前9:00～午後5:00です。

12. 人権擁護及び虐待防止のための措置

(1) 人権擁護および虐待防止

利用者の支援や援助、介助にあたる職員は、利用者に対し身体的または精神的虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

(2) 身体拘束

当事業所は、利用者の身体拘束を行いません。万一利用者または他の利用者、職員等の生命または身体を保護するため、緊急やむをえないことがあると予想される場合、家族の「利用者の身体拘束に伴う申請書」に同意を受けたときのみ行いません。

(3) 個人情報保護

当事業所および職員は、利用者に対するサービスの提供にあたり、知りえた利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。また他の事業者等に対して情報を提供する場合には、あらかじめ文書により利用者またはその家族の同意を得ます。

事業所は、その従業員が退職後、在職中に知りえた利用者に関する情報を洩らすことの無いよう、必要な措置を講じます。

13. 苦情の受付について（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。

苦情受付窓口(担当者)

[職名] サービス管理責任者 原 由美子

受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

苦情解決責任者

氏名 河本 佳枝 [職名] 管理者

第三者委員

氏名 平松 正臣 [所属] 関西福祉大学 准教授

連絡先 070-5529-1336

氏名 松尾 忠昭 [所属] 倉敷市社会福祉協議会 会長

苦情受付ボックスと対応のご報告を各ホームに設置しています。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

倉敷市障害福祉課	岡山県倉敷市西中新田640 電話番号 086 - 426 - 3305
岡山県運営適正化委員会	岡山県岡山市南方2 - 13 - 1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO 会館内 電話番号・FAX 086 - 226 - 9400

【重要事項の説明確認】

平成 年 月 日

指定障害福祉サービス(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業)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 地域支援センターひまわり

説明者職名 氏名 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、指定障害福祉サービス(一体型指定共同生活介護・共同生活援助事業)の提供及び利用の開始に同意しました。

<利用者>

住所

氏名 印

<身元引受人(本人代理)>

住所

氏名 印