

社会福祉法人恩鳥福祉会
共同生活援助 重要事項説明書
(希望)

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、書面により説明を行うものです。

社会福祉法人恩鳥福祉会は、入居者に対して共同生活援助を提供します。

施設・設備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次のとおり説明します。

1. 事業者の概要

| | |
|------------|-----------------------|
| 経営事業者の名称 | 社会福祉法人恩鳥福祉会 |
| 法人所在地 | 兵庫県丹波市柏原町柏原4283番地36 |
| 代表者氏名 | 理事長 足立 一志 |
| 電話番号 | 0795-73-0501 |
| FAX番号 | 0795-72-0501 |
| 認可年月日/認可番号 | 昭和61年2月24日 厚生省収児第107号 |

2. 事業の目的と運営の方針

あなたのご利用グループホーム

| | |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 種類 | 共同生活援助事業所・平成24年3月15日指定 |
| 目的 | 入居者に対し共同生活に送る住居において食事の提供、その他日常生活上の援助・介護を行います。 |
| 居宅名 | 希望 |
| 責任者名 | 足立 一志 |
| サービス管理責任者名 | 本庄 良彦 |
| 所在地 | 兵庫県丹波市氷上町谷村1503-21 |
| 主たる対象者 | 知的障害者、精神障害者 |
| 運営方針 | 1. 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において、相談その他の日常生活上の援助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っては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療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項の他、法及び「障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準」 |

| | |
|------------|--------------------------------------------------------------|
| | (平成18年9月29日厚生労働省令第171号。)に定める 内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。 |
| 電話番号/FAX番号 | 電話/FAX : 82-5266 |
| 開設年月日 | 平成24年 3月15日 |
| 入所定員 | 5名 |

3. 希望の概要

(1) 希望

| | |
|------|---------|
| 構造 | 木造 |
| 延床面積 | 103.51㎡ |

(2) 主な設備 (103.51㎡)

| 設備の種類 | 1階 | 室数 | 面積 | 備考 |
|----------------|----|----|---------|---------|
| 居室 和室 ① | | 1 | 14.49㎡ | 6畳 |
| 玄関 | | 1 | 2.48㎡ | |
| ホール | | 1 | 3.03㎡ | |
| 食堂・居間 | | 1 | 13.04㎡ | |
| 台所・食品庫 | | 1 | 6.05㎡ | |
| 洗面・洗濯・脱衣場 | | 1 | 3.03㎡ | |
| 浴室 | | 1 | 2.48㎡ | |
| 便所 | | 1 | 2.48㎡ | シャワートイレ |
| 物置 | | 1 | 1.65㎡ | |
| 階段 | | 1 | 2.07㎡ | |
| 1階 計 | | | 51.34㎡ | |
| 居室 ② ③ | | 2 | 20.28㎡ | 床フローリング |
| 居室 ④ | | 1 | 11.59㎡ | 床フローリング |
| 居室 ⑤ | | 1 | 8.69㎡ | 床フローリング |
| ホール2・廊下 | | 1 | 8.31㎡ | |
| 物置 | | 1 | 3.03㎡ | |
| 2階 計 | | | 52.17㎡ | |
| 1階・2階合計 | | | 103.51㎡ | |

| 職 種 | 員数 | 区分 | | 常勤換算後の職員 | 指定基準 |
|-----|----|----|-----|----------|------|
| | | 常勤 | 非常勤 | | |
| 管理者 | 1名 | 1名 | 兼務 | 1名 | 1 |

| | | | | | | | |
|-----------|-----|----|----|-----|----|------|---|
| サービス管理責任者 | 1名 | 1名 | 兼務 | | | 1名 | 1 |
| 生活支援員 | 4名 | | | 4名 | 専従 | 0.5名 | |
| 世話人 | 10名 | | | 10名 | 専従 | 3.7名 | |

4. 生活支援員・世話人の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 時 間 | |
|----------|-------------------------------------|---------------------------|
| 生活支援員 | 土・日は、11:00～15:30 月～金 17:00～21:30 | |
| 世話人（パート） | 7:00～9:30 | 16:30～20:00 |
| | ただし、休日は | 8:00～10:30 16:30～20:00 |

5. グループホームサービスの概要

(1) 入居者の定率負担額

別紙、社会福祉法人恩鳥福祉会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・介護給付費から給付されるサービス

訓練等給付費・介護給付費（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。

なお、入居者個人について提供するサービスの内容については、「共同生活援助利用契約書（グループホームサービス利用契約書）」第5条により作成する個別支援計画にもとづくものとします。

①基本的な生活にかかわる支援

| 種 類 | 内 容 |
|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 食 事 | 支援の必要な入居者に対し、食事を提供します。また、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します。 ＜食事時間＞ 朝 食（7:15～7:45） 夕 食（18:00～18:30） ただし、休日の朝食は、8:30～9:00とします。 昼食は原則として平日は通所先で、休日は各自で摂ってください。 |
| 調 理 | 常に清潔・安全衛生に配慮した調理場環境を整えます。 |
| 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。 |

②日中活動にかかわる支援

| 種 類 | 内 容 |
|--------|------------------------------------|
| 日中活動支援 | 平日は、障害者通所施設たんば園に通所する等、施設と連携し支援します。 |

③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。 |
| 相談及び援助 | 入居者及びその法定代理人または身元引受人等からの相談については、必要に応じて相談を受け支援を行うよう努めます。 <相談窓口> 担当者：本庄 良彦 電話：0795-73-0501 |

④保健医療にかかわる支援

| 種 類 | 内 容 |
|----------|-----------------------------------------------------|
| 健康管理 | 協定する医療機関 |
| | 名 称：医療法人敬愛会 大塚病院 診療科目：内科・外科・精神科 名 称：清水歯科医院 清水 祥平 |
| 服薬・通院・治療 | 入居者の状況に応じて適切な支援をします。 |

6. 苦情申立先

| | |
|-----------|--------------------------|
| 苦情解決委員会 | 受付担当者： 衣川 良朗 本庄 良彦 |
| | 責任者 : 足立 一志 |
| | 第三者委員： 楠本 武夫 吉見 和幸 |
| | 担当者不在の時は、たんば園の職員が代行致します。 |
| 丹波市障がい福祉課 | 所在地：兵庫県丹波市氷上町常楽211(第2庁舎) |
| | 電話番号：0795-88-5263 |
| 兵庫県障害福祉課 | 所在地：兵庫県神戸市中央区下山手通5-10-1 |

| | |
|--------|-------------------|
| 兵庫県の窓口 | 電話番号：078-362-9105 |
| 兵庫県の窓口 | 福祉サービス運営適正化委員会 |
| | 電話番号：078-242-6868 |

7. 協力医療機関

(協力医療機関)

協力医療機関は、入院治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。
ただし、優先な診療・入院治療を保証するものではありません。

| 医療機関名 | 所在地 | 電話番号 | 診療科目 |
|-------------------|-------------------|--------------|-----------|
| 特別医療法人敬愛会 大塚病院 | 兵庫県丹波市氷上町絹山513 | 0795-82-7534 | 内科・外科・精神科 |
| 清水歯科医院 | 兵庫県丹波市山南町谷川1801-1 | 0795-77-3111 | 歯科 |

8. 非常災害時の対策

| | |
|--------|-------------------------|
| 非常時の対応 | 「緊急連絡体制」に基づきます。 |
| 防災訓練 | 地域の防災訓練に参加する。 |
| 防災設備 | ・消火器 有り ・自動火災報知設備 有り |

9. 希望を利用の際に留意していただく事項

希望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留意ください。

| | |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 設備・器具の利用 | 希望の設備、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。希望を利用する際、補償制度にご加入下さい。 |
| 喫煙 | 喫煙は所定の場所をお願いします。 |
| 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。 |
| 宗教・政治・営利活動 | 入居者の思想・信教は自由ですが、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、営利活動はご遠慮下さい。 |
| 動物飼育 | 希望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 | 希望内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力下さい。 |
| その他 | 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。 |
| | 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ます。 その場合、ご本人のプライバシー等の保護について十分な配慮を行います。 |
| | 退居後は速やかに持ち込み物品をお引取り下さい。 |

10. 訓練等給付費・介護給付費支給外サービス（入居者負担によるサービス）

訓練等給付費・介護給付費支給外サービスを提供した場合は、利用料金をいただきます。なお、利用料金明細につきましては、社会福祉法人恩鳥福祉会共同生活援助個人利用説明書によりご確認ください。

利用者の希望により提供するサービス

| 種 類 | 内 容 |
|-------|--------------------------------|
| 通院 | 利用者の体調不良の時には、医療機関の通院を実施します。 |
| 金銭管理等 | 現金・通帳等、自己管理できない方につきましては管理致します。 |

11. 利用料及び支払方法

別紙、社会福祉法人恩鳥福祉会共同生活援助個人利用説明書のとおりです。

私は、本書面に基づいて社会福祉法人恩鳥福祉会の職員（職名： _____ ・氏名： _____）から、上記重要事項及び共同生活援助個人利用説明書の説明を受けたことを確認します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
時刻 _____ 時 _____ 分
場所 _____

入 居 者 _____
住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

身 元 引 受 人 _____
住 所 _____
氏 名 _____ 印 _____

当社会福祉法人恩鳥福祉会は、様に対する共同生活援助(グループホーム)の提供に当たり、上記の通り重要事項及び共同生活援助個人利用説明書について説明しました。

令和 年 月 日
時刻 時 分
場所 _____

事 業 者 住 所

職 名

説 明 者 印
