

# 共同生活援助事業（グループホーム）重要事項説明書

あなたに対する「障害福祉サービス事業 グループホーム かばの木（共同生活援助）」における福祉サービス提供にあたり、社会福祉法第76条に基づいて、当事業者があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

## 1 サービスを提供する事業者

事業者の名称	社会福祉法人 <small>恩賜財団</small> 済生会支部 大阪府済生会
法人所在地	大阪府大阪府中央区谷町7-4-5 大阪府社会福祉会館内
電話番号	06-6763-0257
代表者氏名	三嶋 理晃
設立年月日	明治44年5月30日

## 2 ご利用になるグループホームの概要

事業所の種類	共同生活援助（介護サービス包括型）
名称 (事業所番号)	障害福祉サービス事業 グループホーム かばの木（共同生活援助） 事業所番号【2722700024】
所在地	大阪府大阪府大正区鶴町3丁目22番 市営鶴町第3住宅1号館605号
電話番号	06-6552-8814
管理者	町原 誠治
サービス管理責任者	田淵 亮
主たる対象者	知的障害者
定員	8人
開設年月日	平成26年4月1日
事業の目的 と運営方針	<p>共同生活援助事業（グループホーム）は、知的障害のある人たちが、地域でふつうの暮らしができることを目的とし、その人らしい自立した生活を送り、幸せな人生を全うできるよう方向づけていく拠点として運営します。</p> <p>グループホームの従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援を行います。</p> <p>グループホームにおける支援の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の施設及び事業所、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的な支援に努めます。</p>

### 3 事業所内各ホームの建物構造と施設設備の概要

#### (1) かばの木①

所在地	大阪市大正区鶴町3丁目22-1棟605号室（大阪市営住宅 6階/11階建）		
施設設備の種類	室数	施設設備の種類	室数
居室	2	洗面所・浴室	1
リビングルーム兼食堂	1	トイレ	1

#### (2) かばの木②

所在地	大阪市大正区鶴町3丁目22-1棟708号室（大阪市営住宅 6階/11階建）		
施設設備の種類	室数	施設設備の種類	室数
居室	2	洗面所・浴室	1
リビングルーム	1	トイレ	1

#### (3) かばの木③

所在地	大阪市大正区鶴町3丁目23番2棟606号（大阪市営住宅 6階/11階建）		
施設設備の種類	室数	施設設備の種類	室数
居室	2	洗面所・浴室	1
リビングルーム	1	トイレ	1

#### (4) かばの木④

所在地	大阪市大正区鶴町3丁目23番2棟613号（大阪市営住宅 6階/11階建）		
施設設備の種類	室数	施設設備の種類	室数
居室	2	洗面所・浴室	1
リビングルーム兼食堂	1	トイレ	1

※当事業所のグループホームは、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

### 4 職員の体制

#### (1) 職員の配置

職種	員数	区分				常勤 換算後 の職員	保有資格
		常勤		非常勤			
		専従	兼任	専従	兼任		
1 管理者(施設長)	1		1			0.1	社会福祉主事
2 サービス管理責任者	1		1			0.1	社会福祉主事
3 生活支援員	6		2		4	1.4	社会福祉士他
4 世話人	4				4	1.4	ヘルパー2級他
5 看護職員	2		1			0.1	看護師
計	14		5		6	3.1	

※当事業所のグループホームでは、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定共同生活援助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。

#### (2) 勤務時間

職種	勤務時間
管理者	日勤 9時-18時
世話人	16時-翌10時（休憩7時間）
生活支援員	16時-20時30分
看護職員	日勤 9時-18時

## 5 提供するサービスの概要

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。当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。共通するサービスの内容は下記のとおりです。

- (1) 共同生活援助計画の作成。
- (2) 利用者に対する相談
- (3) 食事の提供
- (4) 健康管理・金銭管理の援助
- (5) 余暇活動の支援
- (6) 緊急時の対応
- (7) 日中活動の場等との連絡・調整
- (8) 財産管理等の日常生活に必要な援助
- (9) 看護職員による定期的な訪問・日常的な健康管理
- (10) 夜間における支援
- (11) 体験利用における支援
- (12) 前各号に掲げる便宜に附帯するその他必要な介護、支援、家事、相談、助言

## 6 施設に支払っていただく利用料等

### (1) 基本的なサービス利用料金（1日当たり）

※ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額といたします。

※大阪市は地域区分が2級地であるため、単位数に下記の金額を乗じた金額が1日あたりの利用料金となります。

障害程度区分	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1
① 共同生活援助サービス費	600	456	372	297	188	171
② 夜勤支援体制加算	168					
③ 障害者支援施設等感染対策向上加算（I）	10					
④ 福祉・介護職員処遇改善加算	当該月の算定額に応じて					

### (2) 給付費対象外のサービス利用料金

#### ① 利用料金

	金額	備考
訓練等給付費支給額	月額	事業者が市町村から代理受領する場合は、お支払い頂く必要はありません。
訓練等給付費支給に伴う利用者自己負担額	月額	原則支給額の1割負担。但し、上限あり。又帰省等によって変動あり。
家賃	月額 11,950	かばの木①及び②
家賃	月額 11,950	かばの木③及び④
光熱水費	月額 10,000	※参照
食材料費	月額 30,000	※参照
日用品費等	月額 5,000	共益費、町会費等含む

※ 利用者が個別に希望される嗜好品等はその都度実費を頂きます。

※ 上記に定める費用については、毎月月末に実費相当額を計算し、請求させていただきます。

※ ガイドヘルパー等他事業者のサービスをご利用の方は、別途他事業者へのお支払いが必要となります。

※ 月曜日から金曜日の夕食は配食サービスを利用します。

#### ② 利用料金・費用のお支払い方法

前記の料金、費用は一ヶ月毎に計算し、ご請求いたしますので、翌月13日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。（一ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した金額とします。）

<p>ア 下記の指定口座へのお振込み りそな銀行大正支店 口座名 社会福祉法人 <small>恩賜財団</small> 済生会支部 大阪府済生会 障害者支援施設 出納員 町原 誠治 普通 0025942</p> <p>イ 金銭管理サービスをご利用の場合はふくろうの杜の方で出金、入金を致します。</p> <p>ウ ご指定の口座より振替</p>
---

(3) その他

生活支援情報（サービス提供記録）の保管	契約の終了後でも、サービス提供記録は法に定める期間保管します。
生活支援情報の開示	受付時間：土日・祝祭日等を除く 9時から18時。 金額：A4 サイズ 1枚 300円＋消費税（表裏の場合も同額）

※別途定める「生活支援情報開示に関する規定」参照

(4) 利用者負担の減免について

利用者負担の減免については、別紙で情報提供します。

7 利用者の記録や情報の管理・開示

- (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。
- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法ならびに法人個人情報保護規程に則った対応をします。ただし、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村及び関係機関に情報提供を要請された場合は、利用者の同意を得て情報提供します。

8 苦情解決の手順及び体制

- (1) 提供したサービスに係る利用者及びその家族等からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

相談・苦情受付窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者 共同生活援助事業（グループホーム）サービス管理責任者：田淵 亮</li> <li>・ご利用時間 9:00～18:00（日・祝・年末年始を除く）</li> <li>・電話番号 06-6552-2960</li> <li>・担当者不在の場合は、事務所までお申し出下さい。</li> </ul>
大阪府運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地 大阪府中央区谷町7丁目4番15号 大阪府社会福祉会館2階</li> <li>・ご利用時間 10:00～16:00（土・日・祝・年末年始を除く）</li> <li>・電話番号 06-6191-3130</li> </ul>
お住まいの市区町村	<p>障害福祉サービス受給者証に記載の支給決定市区町村 ※別紙「区役所・保健福祉センター一覧」参照</p>

- (2) 相談及び苦情に円滑に適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情や相談があった場合には、苦情・相談対応シートに基づき、その内容や状況について、正確に記録し、把握します。
- ② 必要に応じて、利用者の状況や苦情等の内容について聞き取り調査を実施します。
- ③ 相談窓口担当者は、苦情・相談の内容について管理者と検討すると共に、第三者委員にも伝えて対応策を決定します。
- ④ 対応内容に基づいて、関係者と連絡調整すると共に、利用者への結果報告を行ないます。

第三者委員	<p>大阪医療秘書福祉&amp;IT 専門学校 中嶋 和泉 教員 電話番号 06-6300-5767</p>
-------	--

## 9 虐待の防止について

(1) 事業所は利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。(管理者 町原 誠治)
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対して虐待防止を啓発・普及するために周知徹底しています。

虐待防止に関する相談窓口	・ 窓口担当者 共同生活援助事業（グループホーム） サービス管理責任者：田淵 亮 ・ ご利用時間 9:00～18:00（日・祝・年末年始を除く） ・ 電話番号 06-6552-2960
--------------	---

## 10 身体拘束の禁止について

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いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

## 11 秘密の保持と個人情報の保護について

(1) 利用者及びその家族に関する秘密の保持について

- ① 事業所は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業所における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。
- ② 事業所及び事業所の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
- ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
- ④ 事業所は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族等の秘密を保持するため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

(2) 個人情報の保護について

- ① 事業所は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業所等に、利用者の個人情報を提供しません。また、利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族等からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の障害福祉サービス事業所等に利用者の家族等の個人情報を提供しません。
- ② 事業所は、利用者及びその家族等に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁記録を含む。）については、管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。
- ③ 事業所が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行ない、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）
- ④ 事業所において発行する広報誌、インターネットのホームページ等の広報活動における写真の使用については同意を得ない限り使用しません。

## 12 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者に病状の急変等が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。また、都道府県、市町村等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

## 13 事故発生時の対応方法について

利用者に対するサービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、AIG 損害保険株式会社により損害賠償を速やかに行います。

## 14 当事業所ご利用の際に留意いただく事柄

虚偽の申告	当施設から必要な情報を求めた際、若しくはインフルエンザや感染症の流行時、ご利用前や外出・外泊からの帰園時に本人とご家族様の体調確認をさせて頂いた時に、虚偽の申告をされた場合はご利用をお断りさせていただきます。また、本人とご家族様の中で体調の悪い方がいる場合は、その期間のご利用をお断りさせていただきます。
-------	--

1 5 利用開始予定日

年 日 日

# 重要事項説明確認書

指定障害者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受けました。

利用者 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ (印)

代理人 住所 \_\_\_\_\_

(続柄 ) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

私は、利用者本人の意思を確認のうえ、利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住所 \_\_\_\_\_

(続柄 ) 氏名 \_\_\_\_\_ (印)

年 月 日

当事業所は、〇〇 〇〇 様に対するサービス提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事業者 住所 大阪府中央区谷町7丁目4番15号  
名称 社会福祉法人<sup>恩賜</sup>財団<sub>財団</sub>済生会支部大阪府済生会  
代表者 支部長 三嶋 理晃

事業所 住所 大阪府大正区鶴町4丁目11-4-106  
名称 障害福祉サービス事業 グループホーム かばの木 (共同生活援助)  
代表者 管理者 町原 誠治

説明者 障害福祉サービス事業 グループホーム かばの木 (共同生活援助)  
サービス管理責任者 田淵 亮 (印)