

共同生活援助サービス重要事項説明書

あなたに対する利用サービス提供開始にあたり、厚生労働省令第81号第10条に基づいて、当事業所があなたに説明すべき事項は次のとおりです。

1 事業者の概要

経営事業者の名称	つがる三和会
法人所在地	青森県弘前市大字茜町二丁目1番地2
法人種別	社会福祉法人
事業種別	指定共同生活援助事業 その他
代表者名	理事長 大井 正清
電話番号	0172-88-8890
法人設立年月日	昭和56年8月

2 事業の目的と運営方針

事業指定	指定共同生活援助事業所	付県知事指令第561号
事業の目的	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、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、共同生活住居において、入浴、排泄また食事の介護、その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行います。	
事業所の名称	障害福祉ケアホーム 三和の里	
代表者名	施設長 阿保 牧子	
サービス管理責任者名	柴田 史子	
事業所所在地	青森県北津軽郡板柳町大字掛落林字宮本77番地1	
電話番号	0172-93-2515	
FAX番号	0172-93-2517	
事業所運営の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の支援にあたっては、事業計画書およびサービス支援計画書に基づき、利用者が日常生活を営むのに必要な援助を行う。 ・ 利用者の意思および人格を尊重し、自立した生活を営むことができるよう、入浴、排泄、食事の介助、その他の日常生活全般の支援および日中の作業活動の支援を行う。 ・ 常に利用者の心身の状況、環境などの的確な把握に努め、利用者及び利用者の家族や成年後見人（以下「成年後見人等」といいます。）に対し、適切な相談および助言を行う。 ・ 事業所は、自らの提供するサービスの質の評価を行い、常にその改善を図る。 	
事業所開設年月	平成19年4月	
入所定員	13名	

3. 事業所内各ホームの概要

(1) けあほうむ 里の家

所在地	青森県北津軽郡板柳町大字掛落林字宮本77番地1 TEL 0172-73-4203				
建物の構造等	木造亜鉛メッキ鋼葺式階建		延べ床面積 268.02㎡		平成14年7月12日 新築
設備種類	室数等	面積	設備種類	室数等	面積
居室	6		クローゼット又は押入れ	申請分居室全室	
(うち申請分居室 6室)			キッチン	2	
(うち申請分居室 最小面積9.93㎡)			トイレ	3	
リビング	1		洗面所	1	
ダイニング	1		風呂	1	
			消火器	2	

(2) けあほうむ 里の家2号棟

所在地	青森県弘前市大字三和字下恋塚37番5 TEL 0172-93-2515				
建物の構造等	木造亜鉛メッキ鋼葺式階建		延べ床面積 216.47㎡		平成12年7月13日 新築
設備種類	室数等	面積	設備種類	室数等	面積
居室	7		クローゼット又は押入れ	申請分居室全室	
(うち申請分居室 7室)			キッチン	2	
(うち申請分居室 最小面積9.93㎡)			トイレ	2	
リビング	1		洗面所	1	
ダイニング	1		風呂	1	
			消火器	2	

* 当事業所では、厚生労働省が定める定める指定基準を遵守し、以上の建物と附属する設備を設置しております。

(3) 職員体制

職 種	員 数	区 分				常 勤 換算後 の職員	備 考
		常 勤		非常勤			
		専従	兼任	専従	兼任		
施設長兼 生活支援員	1		1			0.5	
サービス管理責任 者兼生活支援員	1		1			0.5	
生活支援員	28		27		1	2.53	
世話人	33		31		2	3.25	
夜間支援体制 従事者	28		28				
事務員	1		1			0.1	

※ 厚生労働省令に定める従業者の員数以上とする。

4. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 時 間
施設長 サービス管理責任者	日勤 (8 : 15 ~ 17 : 15)
事務員	日勤 (8 : 15 ~ 17 : 15)
生活支援員	早番 (6 : 45 ~ 8 : 30)
	遅番 (17 : 00 ~ 18 : 45)
世話人	勤務 (16 : 30 ~ 22 : 00 6 : 30 ~ 7 : 30)
	宿直 (22 : 00 ~ 6 : 30)

5. ケアホーム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

種 類	内 容
排 泄	・ 利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行うとともに、排泄の自立に向けた適切な支援を行います。
入 浴	・ 毎日入浴を行います。ただし、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、清拭となる場合があります。 ※ 設備点検・修繕等により、入浴できない場合があります。
睡 眠	・ 就寝時間の把握と睡眠時間の確保ができるよう支援を行います。
着脱衣	・ 生活のリズムを整え、毎日の着替えを行います。
整 容 (歯磨き・洗顔含む)	・ 個性に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。 ・ リネン交換は、週1回行います。
移 動	・ 無断外出などの歩行目的を把握することにより、危険回避ができるよう支援を行います。
活動支援	・ 自立の支援と日常生活の充実に資するよう、入所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。 ・ 社会経済活動に参加できるようにするため心身の状況に応じて支援します。 ・ 地域行事への参加を促進します。 ・ 地域商店への単独買物等を支援し、自主性を育てます。
余暇活動の支援	将来、地域において潤いある質の高い生活を送ることができるための支援をします。 ・ ソフトボールクラブ、卓球クラブ、フライングディスククラブ等
健康管理	・ 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もって引き継ぎます。 ・ 処方された薬は、利用者の状況により施設長の指示のもと、サービス管理責任者が管理します。 ・ 衛生知識の普及、伝達等により伝染性疾患の感染防止に努めます。 ・ 利用者が外部医療機関の通院をする場合には、その付き添い等について配慮します。(付き添い料がかかる場合があります。)
入院時	・ 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します。
相談及び援助	・ 当事業所は、利用者及び成年後見人等からのいかなる相談についても誠意を持って応じ、可能な限り必要な援助を行なうように努めます。 <相談窓口> 施設長 : 阿保 牧子

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス

種 類	内 容
食 事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 関連施設における栄養士の立てる献立表により、栄養と利用者の身体状況に配慮したバラエティに富んだ食事を提供します。 <食事時間> 朝食（ 7：00～ ） 昼食（12：00～ ）何らかの理由によりホームで食する場合。 夕食（17：30～ ）
社会生活上の便宜	<ul style="list-style-type: none"> ・ 当事業所では、必要な教養娯楽設備を整えるとともに、ホームでの生活を実りあるものとするため、適宜レクリエーション行事を企画します。 ・ 日常生活を活発化するためのレクリエーションを行います。 ・ 随時、誕生会を開催する他、地域や季節にあった行事を開催し、又は参加します。 ・ 行政機関に対する手続きが必要な場合には事業所が代行し、利用者及び成年後見人等に報告します。
預り金管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者及び成年後見人等の希望により、金銭管理サービスをご利用いただけます。 ・ 管理する金銭の形態 : 事業所の指定する金融機関に預け入れている通帳 ・ お預かりするもの : 上記預貯金通帳、金融機関届出印鑑、年金証書 ・ 保管管理者 : 施設長 ・ 出納責任者 : 事務員 ・ 管理方法 <ul style="list-style-type: none"> ※入出金については、責任を持って行い、入出金記録を作成します。 ※年1回、残高報告書を作成し、利用者及び成年後見人等に報告します。 ※利用者及び成年後見人等はいつでも入出金記録を閲覧でき、その写しの交付を受けることができます。
特別な食事	<ul style="list-style-type: none"> ・ 特別な食事を提供します。（行事食など。）
クリーニング	<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームで洗濯できない衣類等を外部業者へ委託します。

※介護給付費・訓練等給付費対象外サービスは、無料となるサービスのほか食事等の費用（実費）を頂くものがあります。

(3) その他

サービス提供記録の保管	契約の終了後、契約書に定める期間保管します。
サービス提供記録の閲覧	土・日・祝祭日を除く毎日10時から15時
サービス提供記録の複写物の交付	複写に際しては、1枚につき20円頂きます。

6. 利用料

お支払いいただく利用料はつぎのとおりです。

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス利用料金 基本的なサービス利用料金（1日あたり）

A. ご利用者の障害程度区分	区分1以下	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6	
B. 報酬単価 (1単位10円)	基本単価	259単位	295単位	385単位	471単位	552単位	668単位
	夜間支援体制加算						
C. サービス利用料金	2,590円	2,950円	3,850円	4,710円	5,520円	6,680円	
D. うち介護給付費・訓練等給付費として 市町村より代理受領する金額	2,331円	2,655円	3,465円	4,239円	4,968円	6,012円	
E. サービス利用に係る自己負担額 (支援費の定率負担) [C-D]	259円	295円	385円	471円	552円	668円	

- ※1. [E. サービス利用に係る自己負担額] については別表1に該当する場合、月あたりの負担額が軽減されます。
- ※2. 介護給付費・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. 利用者が、入院された場合に当事業所において厚生労働省が定める支援を行った場合にお支払いいただく利用料金（日数を問わず下表のうちいずれか1月に一回）は、下記のとおりです。

	入院日数（入退院日を除く）	
	3日～6日まで	7日以上
1. サービス利用料金（単位）／月額		
2. うち支援費として市町村より代理受領する金額	5,049円	10,098円
3. 自己負担額（1-2）	561円	1,122円

- ※4. その他、帰宅時等の外泊時における負担額については、事業所にお問合せ下さい。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス利用料金

以下については、料金（実費等）をいただきます。

項目	日額	標準月額
F. 家賃	330円	10,000円
G. 食費（基本的な朝・夕の食事及び全員に提供するおやつ）	950円	28,880円
H. 食費（何らかの理由によりホームで昼食を食する場合）	600円	18,240円
I. 光熱水費（住居にかかるもの）	200円	6,080円
J. 日用共同生活品の購入（個人に限定しかねる洗剤・トイレットペーパーなど）	無料	
K. 日用生活品の購入（下着等の被服及び歯ブラシ等、個人限定に使用する日用品等）	実費	
L. おやつ（個人的な嗜好によるもの）	実費	
M. 金銭等管理サービス	無料	
N. 教育娯楽等	実費	
O. 理容・美容等	実費	
P. その他日常生活上必要となる諸費用	実費	

- ※1. [F. 家賃] についての自己負担額は、補足給付限度の範囲内とし、標準月額を前金にてお支払いいただきますが、事業所が補足給付を家賃分として代理受領する場合はこの限りではありません。
また中途入退去の場合においては、日額×月中の利用日数により算出いたします。
- ※2. [G. 食費] [I. 光熱水費] については下記の別表1に該当する場合、月あたりの負担額が軽減されます。
- ※3. [G. 食費] の日額は朝・夕の2食分です。又、自己負担額は日額×食事摂取日数により算出いたします。

- ※4. 食事が不要な場合には、7日前までにお申し出ください。2食とも不要な場合で7日前までに申し出があった際には、〔G.食費〕に係る自己負担額は2食とも食事が不要となった日数分いただきません。
- ※5. 〔I.光熱水費〕については通年一律の料金とさせていただきます。なお利用契約期間中においては標準月額により負担していただきます。尚、入退所の際には日割りにて 日額×入所日数 により算出しますが、入院又は帰宅時等において外泊をされた場合においては、期間を問わず標準月額分を負担していただきます。
- ※6. 〔I.光熱水費〕については過年度の実績により料金を変更する場合があります。
- ※7. その他社会情勢の変容又は当事業所運営上の理由により、上記項目（介護給付費・訓練等給付費の対象外サービス）の加除および料金を変更する場合があります。

【別表1】

<定率負担・実費負担の軽減措置の対象者（世帯）>

- ①生活保護…生活保護受給世帯
- ②低所得1…市町村民税非課税であって障害者又は障害児の保護者の収入が80万円以下であるもの
- ③低所得2…市町村民税非課税世帯であるもののうち、②に該当しないもの

(3) 利用者負担の上限管理

利用者負担上限管理額を超える見込みがある場合は、利用者負担の上限管理を行います。

(4) その他

利用者が契約終了後もホームを退去されない場合には、本来の契約終了日から現実に退去されるまでの期間にかかる次の料金をいただきます。

- ・利用者の障害程度区分に応じたサービス利用料金
- ・その他受けたサービスの実費

(5) 利用者負担金等の支払方法

- ① 利用者負担金等のうち「6.利用料」に定める〔E.サービス利用に係る自己負担額〕〔G.食費〕〔I.光熱水費〕また、「入院又は帰宅時等の外泊された場合にお支払いただく利用料金」については、サービス利用月末に締め、翌月の10日までに請求いたします。請求月の25日までに現金又は金融機関振込にてお支払ください。

金融機関振込の場合の振込先

みちのく銀行 板柳支店
 普通預金 2020910
 社会福祉法人つがる三和会
 障害福祉ケアホーム 三和の里
 理事長 大井 正清

- ② それ以外の利用者負担金については都度、実費にてお支払ください。

7. 苦情申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 責 任 者 施設長 阿保 牧子 ・ 窓口担当者 川井 慎吾 ・ ご利用日時 10:00～16:00（日曜・祝祭日・年末年始を除く） ・ 電話番号 090-7070-6935 ・ 担当者が不在の場合は、下記事業所までお申し出ください。 （ 弘前市大字三和字下恋塚189-7 0172-93-2515 ） ・ 苦情受付箱を設置しておりますのでご利用ください。 ・ 苦情内容について速やかに苦情検討委員会で検討し、解決に努めます。
弘前市役所福祉総務課	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地 弘前市大字上白銀町1-1 ・ 電話番号 0172-35-1111
青森県社会福祉協議会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地 青森市中央二丁目20-30 ・ 電話番号 017-723-1391

8. 協力医療機関

名 称	所在地・電話番号
弘前愛成会病院	弘前市大字北園一丁目6-2 0172-34-7111
健生クリニック	弘前市大字扇町二丁目2-12 0172-55-7707
いわね内科医院	弘前市大字浜の町西二丁目1-5 0172-38-0057
久米田歯科医院	北津軽郡板柳町大字五林平字三宅11-1 0172-77-3230

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「障害福祉ケアホーム三和の里 防災計画」により、対応します。
平常時の訓練	別途定める「障害福祉ケアホーム三和の里 防災計画」にのっとり年12回夜間および昼間を想定した避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。その他地域で実施する防災訓練に参加します。
消防設備等	各階に消火器一台設置。ガス使用箇所にガス漏れ報知器設置。

10. 当ケアホームをご利用の際に留意いただく事項

生活の秩序	暴力行為、口論、泥酔、金品の貸し借り等の他人に迷惑をかけることを行わないでください。
来訪・面会	来訪者は、必ず面会簿に記載してください。 保護者等が当ホームに宿泊する際には、事前にご相談ください。
外出・外泊	外出・外泊の際は、外出届けを事業所へ提出していただき、許可を取ってください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	緊急時を除き専門科への受診が必要と判断された場合や受診が継続的になる場合、また遠方への受診の際は、ご家族により対応していただきます。
居室・設備・器具のご利用	ホーム内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	喫煙は決められた場所でお願ひします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。飲酒は可能ですが、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願ひします。
貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者の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、預り金管理サービス（無料）をご利用ください。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者の思想、信教は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動および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及び飼育については、管理者とご相談ください。

11. 虐待防止の為の措置に関する事項

虐待防止の為の措置を講ずる統括責任者を施設長とします。施設は虐待防止を徹底する為、次にあげる事項について助言、相談、指導を行うものとします。

- (1) 当事業所におけるサービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護する為、緊急上やむを得ない場合を除き、利用者の行動を制限する行為を行いません。
- (2) 虐待に関する法令・通知を遵守した支援サービスを提供する為、定期的に虐待についてミーティングを行います。
- (3) 利用者の人権意識を尊重したサービスを提供する為、職員の知識や技術の向上に努めます。

私は、本書面に基づいて 社会福祉法人つがる三和会 障害福祉ケアホーム三和の里 の職員
(職名 _____ : 氏名 _____) から本重要事項の説明を受けました。
尚、利用者が自署にて記名不可能な場合は、成年後見人等を代筆者として理由を明記し、代筆者
の氏名を自署した上で、利用者の自署に代えることとします。

令和 年 月 日

利 用 者 〒 _____
住 所 : _____
氏 名 : _____ 印

下記の理由により利用者が自署できませんので私が代筆いたしました。

理 由 : _____

代筆者氏名 : _____ 印

成年後見人等 〒 _____
住 所 : _____
氏 名 : _____ 印
続 柄 : _____

当事業所は、_____様に対する当事業所のサービスの提供にあたり、上記の
とおり重要事項について説明いたしました。

令和 年 月 日

事 業 所 〒 038-3671
住 所 : 青森県北津軽郡板柳町大字掛落林字宮本77番地1
名 称 : 社会福祉法人つがる三和会
 障害福祉ケアホーム 三和の里 印
説 明 者 : _____ 印