

## 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        |
| 代表者名     | 理事長 大井 正清         |
| 電話番号     | 0172-88-8891      |
| 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     | 障がい福祉グループホーム常源                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |             |
| 代表者名       | 平井 誠                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |             |
| サービス管理責任者名 | 工藤 恵美子                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |             |
| 事業所所在地     | 青森県弘前市大字南袋町5-16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |             |
| 電話番号       | 0172-55-0533                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |
| FAX番号      | 0172-35-0128                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |             |
| 事業所運営の方針   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> <li>・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。</li> </ul> |             |
| 事業所開設年月    | 平成19年4月（令和7年2月に常源に移設）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |             |
| 入所定員       | 18名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |             |

### 3. 事業所内各ホームの概要

#### (1) 障害福祉グループホーム常源

|        |                    |                      |       |              |               |
|--------|--------------------|----------------------|-------|--------------|---------------|
| 所在地    | 青森県弘前市大字南袋町5-16    |                      | TEL   | 0172-55-0533 |               |
| 建物の構造等 | 鉄筋コンクリート造三階建（二階部分） |                      | 延べ床面積 | 789.6㎡       | 平成21年8月31日 新築 |
| 設備種類   | 室数等                | 備考                   |       |              |               |
| 居室     | 18室                | 18.15㎡（トイレ、洗面所等を含めて） |       |              |               |
| リビング   | 2ヶ所                | 各ユニット内               |       |              |               |
| 浴室     | 2室                 | 個浴（男性・女性 各1室）        |       |              |               |
| トイレ    | 各居室内               |                      |       |              |               |
| ミニキッチン | 各居室内               |                      |       |              |               |
| 洗面所    | 各居室内               |                      |       |              |               |
| 洗濯室    | 2室                 | 各ユニット内               |       |              |               |

※ 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。

#### (2) 職員体制

| 職 種       | 員 数 | 区 分 |    |     |    | 常 勤<br>換算後<br>の職員 | 保 有 資 格 等 |
|-----------|-----|-----|----|-----|----|-------------------|-----------|
|           |     | 常 勤 |    | 非常勤 |    |                   |           |
|           |     | 専従  | 兼任 | 専従  | 兼任 |                   |           |
| 管理者       | 1   |     | 1  |     |    | 0.5               | 介護福祉士     |
| サービス管理責任者 | 1   |     | 1  |     |    | 0.5               | 介護福祉士     |
| 生活支援員     | 6   |     | 6  |     |    | 2.9以上             |           |
| 世話人       | 7   | 1   | 6  |     |    | 3.5以上             |           |
| 事務員       |     |     |    |     |    |                   |           |

※ 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<br>サービス管理責任者<br>看護職員 | 早番（7：00～16：00）                 |
|                          | 日勤（8：00～17：00）                 |
|                          | 遅番（9：00～18：00）                 |
| 事務員                      | 日勤（8：00～17：00）                 |
| 生活支援員                    | 早番（7：00～16：00）                 |
|                          | 日勤（8：00～17：00）                 |
|                          | 遅番（9：00～18：00）                 |
|                          | 夜勤（16：00～9：00）                 |
| 世話人                      | 早番（7：00～16：00）                 |
|                          | 日勤（8：00～17：00）                 |
|                          | 遅番（9：00～18：00）                 |
|                          | 早・遅番（・5：00～10：00 ・16：00～19：00） |
|                          | 夜勤（16：00～9：00）                 |

## 5. グループ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。オムツ関係は実費となります。                                                                                                                                         |
| 入 浴               | ・ 毎日入浴できます。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。入浴時間（14：00～19：00）<br>※ 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               | ・ 必要に応じて介助・支援を行ないます。                                                                                                                                                                                  |
| 整 容<br>(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。<br>・ リネン交換は、週1回行います。                                                                                                                                                      |
| 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。<br>・ 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。<br>・ 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。<br>・ 地域行事への参加を促進します。<br>・ 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           | ・ 余暇支援を行ないます。各種イベントを計画します。                                                                                                                                                                            |
| 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。<br>・ 利用者の服薬は従業者が管理します。与薬マニュアルに基づき誤りのないよう万全を期します。<br>・ 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。<br>・ 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・入院中           | ・ 入院中に家族の支援が困難な場合は、職員が家族に代わり支援を行ないます。入院時の手続きは基本的に家族に行なっていただくことになります。                                                                                                                                  |
| 相談及び援助            | ・ 当事業所は、利用者及び家族または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。<br>＜相談窓口＞<br>施設長   ：   平井   誠                                                                                                   |

(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"> <li>・ 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。（食材料費及び食事に係る光熱水費等は対象外サービスとなっており、別途実費をいただきます。）</li> </ul> <p>&lt;食事時間&gt;</p> <p>朝食（7：30～8：00）</p> <p>昼食（12：00～12：30）</p> <p>夕食（17：30～18：00）</p>                                                                                                                                                                                                                                  |
| 社会生活上の便宜 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 地域や季節に合った行事を開催し、または参加します。</li> <li>・ 行政機関に対する手続きが必要な場合に、利用者またはご家族が困難な場合には、利用者の同意を得て代行します。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| 預り金管理    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ 保管管理者     ：     施設長       平井 誠</li> <li>・ 出納責任者     ：     サービス管理責任者     工藤 恵美子</li> <li>・ 管理方法</li> </ul> <p>※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。</p> <p>※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。</p> <p>※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。</p> |
| クリーニング   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ ホームで洗濯できない衣類等を外部業者へ委託します。（実費）</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 夜間における支援 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 夜間において支援を行なうものを配置し、就寝準備の確認、寝返りや排泄等の支援を行なうとともに、緊急時の対応を行ないます。</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

(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。

| 項 目                 |           |         |
|---------------------|-----------|---------|
| A. 家賃               | 1居室月額     | 30,000円 |
| B. 食費               | 朝・昼・夕     | 各500円   |
| C. 光熱水費             | 月額        | 8,000円  |
| D. 日用品費             | 実 費       |         |
| E. 寝具（リース代）         | 62円／日（税別） |         |
| F. おやつ              | 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       |         |

- ※ A B Cの費用の額の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収書を発行します。
- ※ 日中活動に参加しない場合の昼食代は500円となります。但し、利用者の意思で自ら昼食を賄う場合はこの限りでありません。
- ※ [C. 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。
- ※ [C. 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。
- ※ 入退所の際は家賃は15日を起算日として、15日まで（15,000円）16日以降は（30,000円）を算出致します。入院又は帰宅時等において外泊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。
- ※ 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。

### （1）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

### （2）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

青森みちのく銀行 弘前営業部  
 普通預金 2663138  
 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<br>ご利用相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 責 任 者 管理者 平井 誠</li> <li>・ 窓口担当者 工藤 恵美子</li> <li>・ ご利用日時 10：00～16：00（日曜・祝祭日・年末年始を除く）</li> <li>・ 電話番号 0172-55-0533</li> <li>・ ご意見箱を設置しておりますのでご利用ください。</li> <li>・ 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。</li> </ul> |
| 弘前市役所福祉総務課      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所在地 弘前市大字上白銀町1-1</li> <li>・ 電話番号 0172-35-1111</li> </ul>                                                                                                                                                   |
| 青森県社会福祉協議会      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 所在地 青森市中央二丁目20-30</li> <li>・ 電話番号 017-723-1391</li> </ul>                                                                                                                                                  |

## 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<br>0172-34-7111       |
| 久米田歯科医院 | 北津軽郡板柳町大字五林平字三宅11-1<br>0172-77-3230 |

## 9. 非常災害時の対策

|        |                                              |
|--------|----------------------------------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める「障がい福祉グループホーム常源 防災計画」により、対応します。         |
| 消防訓練   | 年2回夜間および日中を想定した避難・防災訓練を実施します。                |
| 消防設備等  | 自動火災報知設備、火災通報設備、スプリンクラー設置。<br>消火栓3基、消火器5本設置。 |

## 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。<br>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な場合、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。また、入居者の過失により、他の入居者に損害を与えた場合はその賠償をしていただくことがあります。 |
| 喫煙・飲酒           | 全館禁煙です。煙草・ライターの持ち込みはお断りいたします。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いします。                                                        |
| 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。                                                                   |

## 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 障害福祉グループホーム常源 の職員  
(職名\_\_\_\_\_：氏名\_\_\_\_\_) から本重要事項の説明を受けました。

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 〒 036-8272

住 所 : 青森県弘前市大字南袋町5-16

名 称 : 社会福祉法人つがる三和会  
障害福祉グループホーム常源 印

説 明 者 : \_\_\_\_\_ 印