グループホーム 大 重要事項説明書

1 事業者の概要

名		称	社会福祉法人1980
法	人 種	別	社会福祉法人
法	人 所 在	地	名古屋市守山区川東山2301番地
電	話 番	号	052-791-9160
代	表 者 氏	名	鈴木 基正

2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム 大				
事業所の所在地	名古屋市守山区城土町 373 番地 1				
事業所指定番号					
事業所の電話番号	052 - 737-1135 夜間及び深夜の時間帯 080-4530-5776				
主たる対象者	身体障害者(肢体不自由)、知的障害者				
通常の事業の実施地域	_				
登 録 年 月 日	令和2年10月1日				
サービス提供日	365日				
サービス提供時間	0:00~24:00				
利 用 定 員	4人				
事業所の職員体制					

14 (3) 45 (4) SC 11 (4)					
職種	常勤	非常勤	合計員数	職務の内容	
管理者	1名	名	1名	業務の管理	
サービス管理責任者	1名	名	1名	サービス提供の管理	
世話人		0.7名以上	0.7名以上	日常生活上の支援	
生活支援員	1.5 名以上	0.1名以上	1.6 名以上	日常生活上の支援	

苦情対応窓口

	窓口	1の名称 1	事業所窓口 受付担当:小林萌香 解決責任者:小池征司
		連絡先	052-737-1135
		対応時間	9:00~17:00
			氏 名: 志村ゆず(名城大学人間学部教授)
			連絡先:052-838-6130 (研究室直通)
		第三者委員	氏 名:飯塚一裕(愛知教育大学特別支援教育講座准教授)
			連絡先: 0566-26-2392 (研究室直通)
	氏名:西岡慶樹(臨床心理士)		
	窓口	0名称2	名古屋市役所 障害者支援課 指定指導係
		所在地	中区三の丸三丁目 1番 1号
		連絡先	(電話) 052-972-3967 (FAX) 052-972-4149
		対応時間	8:45~17:30
	窓口の名称3		愛知県 運営適正化委員会
		所在地	東区白壁一丁目50番地 愛知県社会福祉会館内
		電話番号	(電話) 052-212-5515 (FAX) 052-212-5514
		対応時間	9:00~17:00
虐	虐待防止責任者		管理者 小池征司
拹	協力医療機関		オリーブ在宅クリニック(内科、小児科)

賠負	賞責任保険の加入	あり	保険の名称	: 賠償責任保険ウォームハート	・(損保ジャパ	(ン)
第三	第三者による評価の実施状況等					
	愛知県福祉サービス第三者評価の実施			なし	結果の公表	なし
	その他の機関による	第三者評例	西の実施	なし	結果の公表	なし

3 運営の方針

事業所は、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て共同生活住居において入浴、排せつ及び食事等の介護、相談その他の日常生活上の支援を適切かつ効果的に行います。

事業所は、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サービスの提供を行います。 事業所は、名古屋市指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める 条例(平成24年12月25日名古屋市条例第80号)その他関係法令を遵守し、事業を実施します。

4 サービスの内容

事業所が提供する生活援助の内容は、次のとおりとします。

- (1) 個別支援計画の作成
- (2) 利用者に対する相談
- (3) 食事の提供及び入浴、排せつ、食事等の介護
- (4) 家事等の支援
- (5) 健康管理、金銭管理の援助
- (6) 余暇活動の支援
- (7) 緊急時の対応
- (8) 日中活動に係る他の事業所や職場等との連絡、調整
- (9) 夜間における支援
- (10) 財産管理
- (11) 体験利用における支援
- (12) 前各号に掲げるもののほか、日常生活上必要な支援

5 利用料金

(1) 共同生活援助事業利用者負担額

提供した共同生活援助の厚生労働大臣が定める基準による料金の1割相当額(ただし、受給者 証に記載された上限額の範囲内)の利用者負担額をいただきます。

事業者が利用者に代わり市町村から受領した費用の額については、利用者に通知します。

(2) サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用をいただきます。

	Walt pro a the protect to						
	内容	費用	備 考				
1	家賃	50,000 円/月	家賃補助適用前				
2	朝食代	200 円/回					
3	昼食代	400 円/回					
4	夕食代	400 円/回					
4	光熱水費	750 円/泊	利用に応じて				
6	その他	実 費	利用者等に負担させることが適当と認められるもの				

(3) キャンセル料等

当日朝7:00までにご連絡のない急なキャンセルの場合は、キャンセルによって被った損失の 一部の料金をいただきます。

(4) 支払方法

上記利用料金の支払いは、概算し、請求しますので、利用開始日までに前払いでお支払いください。後日精算いたします。

6 サービス利用にあたっての留意事項

利用者は、サービスの利用に当たっては、次に掲げる事項に留意して下さい。

- (1) 外出する場合は、事前に事業所に届け出ること。
- (2) 事業所内の秩序、風紀を乱し、または安全衛生を害する行為をしないこと。
- (3) 提供サービスの中止、変更について
- ①心身の状態、体調及び感染症等の利用者の置かれている環境により、利用者からの要望があっても、サービスの提供を中止したり、変更することがあります。
- ②サービス提供担当者等が利用者に重大な影響を与えるおそれがある等の場合には、サービスの 提供を中止したり、変更することがあります。
- ③事業所は、災害発生時及び暴風警報発令時など、この事業に従事する者の安全が確保できない と判断した場合には、サービスの提供を中止したり、変更することがあります。

(4) 健康診断等について

事業者は利用者に対して、サービス提供前に主治医等の健康診断を受け、診断書(意見書)の提出を求めることができます。感染症等を有し、サービス提供担当者等に重大な影響を与えるおそれがある等やむを得ない場合には、治癒するまではサービスの提供を断る場合があります。

7 事故発生時の対応

事業所は、利用者に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族 等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

事業所は、事故の状況及び事故に際して採った処置について、記録します。

事業所は、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、損害賠償を 速やかに行います。

8 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師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、同意書(別紙)に基づき対応致します。

上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先: 電話番号 080-4530-5776 (対応可能時間 0:00~24:00)

9 非常災害対策

事業者は、非常災害に関する具体的計画を立てておくとともに、非常災害に備えるため、定期的に非難、救出その他必要な訓練を行うものとします。

10 この契約に関する苦情・相談窓口

事業所は、苦情を受け付けた場合には、その苦情の内容等を記録します。

事業所は、提供したサービスに関し、名古屋市が行う報告若しくは文書その他の物件の提出若しくは提示の命令又はその職員からの質問若しくは事業所の設備若しくは帳簿書類その他の物件の検査に応じ、及び利用者又はその家族からの苦情に関して名古屋市が行う調査に協力するとともに、名古屋市から指導又は助言を受けた場合は、指導又は助言に従って必要な改善を行います。

事業所は、名古屋市から求めがあった場合には、前項の改善の内容を名古屋市に報告します。

事業所は、社会福祉法第83条に規定する運営適正化委員会が同法第85条の規定により行う調査 又はあっせんにできる限り協力します。

11 虐待の防止のための措置に関する事項

- 事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)」を遵守するとともに、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。
 - 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 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

12 その他

- (1) 事業所は、その事業の運営に当たっては、名古屋市暴力団排除条例(平成24年名古屋市条例第19号)第2条第1号に規定する暴力団を利することとならないようにします。
- (2) 従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保守する旨を、従業者との雇用契約の内容に含むものとします。

共同生活援助 事業利用にあたり、利用者に対して契約書および本書面に基づいて、重要な事項 を説明しました。

年 月 日

事業者

(所在地)

(名 称) 印

(説明者) 所属

氏 名

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける 共同生活援助 事業の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

印

利用者

(住 所)

(氏名)

代理人又は立会人等

(住 所)

(氏 名) 印