

指定共同生活援助 重要事項説明書

(グループホーム アズサ5)

あなたに対する共同生活援助サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	有限会社 アズサケアサービス
所 在 地	川崎市高津区北見方1-18-1
電 話 番 号	044-833-6567
代表者氏名	代表取締役 関口 里恵(令和6年6月～)
設 立 年 月	平成14年12月20日

2. 利用施設利用施設

事業所の種類	指定共同生活援助 事業開始 平成24年10月 1日
事業所の名称	グループホーム アズサ
事業所番号	1425300561
事業所の所在	川崎市高津区北見方1-2-25(平成30年3月1日変更)
事業所の 連絡先	電話番号 044-455-6400 ファックス 044-455-6401
管 理 者	中川 敬太郎
サービス管理責任者	根岸 覚、田村 勇樹
住居の名称	グループホーム アズサ5
住居の所在	川崎市高津区北見方1-2-23
住居の連絡先	電話番号 044-455-6635 ファックス 044-455-6635
サービスの実施地域	川崎市高津区を中心とした利用者居住地域
主たる対象者	知的障害者
定 員	7名
住居開始	平成31年3月1日

3. サービスの目的・運営方針

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て共同生活住居において、入浴、排泄又は食事の介護、相談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。
-----	--

運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな共同生活援助サービスの提供
------	--

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構 造	187.76㎡	木造 2階建 (耐火建築物)(耐震構造)(防音)
	敷地面積	289.68㎡	
	延べ床面積	187.76㎡	

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	7	全室個室です。
食 堂	1	
洗面所	2	
便 所	2	
風呂場	1	
居間(リビング)	1	

当事業所では、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。

5. サービス提供職員の設置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1				
サービス管理責任者	1		1			0.5人	
世話人	3		1		2	2.2人	
生活支援員	3		1	1	1	1.4人	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービス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。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数(例：週40時間)で除した数です。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯(9:00～18:00)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯(9:00～18:00)
世話人	正規の勤務時間帯(16:00～21:00)

世話人	正規の勤務時間（ 6：00～ 9：00）
生活支援員	正規の勤務時間帯（ 7：00～ 9：00）
生活支援員	正規の勤務時間帯（16：30～18：30）

6. 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内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
食 事	世話人が栄養と各人の嗜好を考えて、バラエティーに富んだ献立を工夫し、提供します。（食材料費及び食事に係る水道光熱費は対象外サービスです。）
排 泄	排泄に関する援助を行います。
入 浴	入浴に関する援助を行います。
着替え、整容等	身だしなみ、清潔さには特に注意を払います。 利用者の好みにより、希望があれば付き添って購入します。 季節による衣替え、整理、整頓。
活動支援	地域行事への参加促進。 地域商店への単独買い物等を支援し、自主性を育てます。
健康管理	嘱託医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。 常時は、世話人等により観察、疾病予防、健康管理に努めます。 また、緊急時必要により、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。 利用者が外部の医療機関に通院する場合には、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。）
入院等に関する支援	職員が家族等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する。

（2）介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容

	サービスの内容	金 額
家 賃	消費税含む	53,000円
食 費 注)	朝食400円、夕食700円（27日計算）	29,700円
光熱水費	消費税別	9,000円
日用品費	共同で使うものについて	1,500円
町会費		250円
日常生活上必要となる諸経費	日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用をいただきます。	実 費

	○日用品 ○保健衛生品 ○教養娯楽費	
健康診断 インフルエンザ予防接種 等	一般検診 成人病検診 インフルエンザ予防接種	実 費

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本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。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7. 利用料金

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち 9 割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・訓練等給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容（2）介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 利用料金のお支払方法

当月分の支払いは翌月 23 日、所定の指定銀行又は信用金庫、又は郵便局より、引き落としとさせていただきます。

(4) 事業者は、利用者の毎月の支払いに残金が生じた時には、毎年 3 月末日に利用料金の精算を行い、その残金を返還するものとする。ただし、3 月末日前に利用契約が終了した場合は退去月の末日に利用料金の精算を行い、その残金を返還するものとする。

(5) 事業者は、利用者から利用料金の支払いを受けた時は、利用者に領収書を発行するものとします。

8. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前9：00～午後6：00です。

- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。
但し、市町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
（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊 急 連 絡 先①	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
緊 急 連 絡 先②	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 根 岸 寛 ・ご利用時間 9：00～ 18：00 ・電話番号 044-833-6567 - F A X 044-833-6576 ・
第三者委員会	・窓口担当者 苦情解決受付窓口 ・ご利用時間 9：00～ 17：00 ・電話番号 044-819-8450 ・F A X 044-829-6620
ご利用相談窓口	・窓口担当者 川崎市障害者施設指導課 ・ご利用時間 9：00～ 17：00 ・電話番号 044-200-0082 - F A X 044-200-3932

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者 根 岸 覚 ・ご利用時間 9 : 0 0 ~ 1 8 : 0 0 ・電話番号 0 4 4 - 8 3 3 - 6 5 6 7 F A X 0 4 4 - 8 3 3 - 6 5 7 6
------------------	--

11. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	おひさまげんきクリニック		
	渡部 真人		
所在地	川崎市高津区二子4丁目1-5 川田ビル1階A		
電話番号	0 4 4 - 4 5 5 - 4 3 0 8		
診療科	内科、呼吸器、訪問	入院設備	無し

(2)

医療機関の名称			
医 院 長 名			
所在地			
電話番号			
診療科		入院設備	

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める、消防計画書により対応いたします。			
防災設備	・自動火災報知機	有	・誘導灯	有
	・ガス漏れ報知機	有	・非常通報装置	有
	・非常用電源	有	・スプリンクラー	有
	・室内防火栓	なし		
	・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分） （その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）			
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年1回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。			
消防計画	消防署への届出日：平成31年2月 防火管理者：中川 敬太郎			
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：AIU 保険 加入保険内容：火災保険			

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	グループホームアズサの設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	全室禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、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希望により世話人及びバックアップ事業所にて管理を致します。
宗教活動・政治活動、 営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

重要事項説明書確認事項

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス共同生活援助 グループホームアズサの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：有限会社アズサケアサービス
グループホーム アズサ
説明者職名： 代表取締役 関口 里恵

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス共同生活援助グループホーム アズサの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意し記名捺印をします。

利用者住所：

氏 名： 印

代理人住所：

氏 名： 印

続 柄：