

医療法人 新生会
共同生活援助 重要事項説明書

あなたに対する共同生活援助事業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とおりです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	医療法人 新生会
所 在 地	山口県岩国市麻里布町3丁目5-5
電 話 番 号	0827-30-0700
代表者氏名	理事長 石井 忍
設 立 年 月	昭和33年 7月 7日

2. サービス提供職員の配置状況

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			1.0	
サービス管理責任者	1		1			1.0	
世話人	5	4	1			4.8	
生活支援員	2		1	1		1.5	
看護職員	1	1				1.0	

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（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		(8 : 00 ~ 17 : 00)
	正規の勤務時間帯	(8 : 30 ~ 17 : 30)
		(9 : 45 ~ 18 : 45)
サービス管理責任者 生活支援員		(8 : 00 ~ 17 : 00)
	正規の勤務時間帯	(8 : 30 ~ 17 : 30)
		(9 : 45 ~ 18 : 45)

世話人	正規の勤務時間帯	(8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) (8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0) (9 : 4 5 ~ 1 8 : 4 5)
看護職員	正規の勤務時間帯	(8 : 0 0 ~ 1 7 : 0 0) (8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0) (9 : 4 5 ~ 1 8 : 4 5)
当直者	正規の勤務時間帯	(1 7 : 0 0 ~ 8 : 0 0)

3. 利用施設

事業所の種類	指定共同生活援助 平成26年 4月 1日
事業所の名称	新生会障害福祉サービス事業所
事業所の所在地	山口県岩国市関戸299-2
連絡先	電話番号 0827-43-2727 ファックス 0827-43-2833
事業所番号	3525500652
管理者	河邊 智宏
サービス管理責任者	松岡 真紗美
サービスの実施地域	特に定めません。
主たる対象者	精神障害者
定員	20名
共同生活住居の名称	すばる (定員20名)
共同生活住居の所在地	山口県岩国市関戸299-2
連絡先	電話番号 0827-43-2727 ファックス 0827-43-2833
開設年月日	平成24年 4月 1日

4. 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かつきめの細かな共同生活援助サービスの提供。

5. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋コンクリート造2階建
	敷地面積	1939.91㎡
	延べ床面積	511.42㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	20	全室個室（1階12室・2階8室） エアコン・収納・ベッド・洗面台
食堂兼娯楽室	1	1階 エアコン・テレビ・テーブル・椅子・空気清浄機
調理室	1	1階 エアコン・テーブル・冷蔵庫・電子レンジ・ トースター・ポット・電磁調理器・食器乾燥機・ 食器棚
相談室	1	1階 エアコン・テーブル・ソファー
浴 室	2	1階 （男女別）ユニットバス・洗濯機・乾燥機
トイレ	2	各階 （男女別）ウォシュレット
玄 関		下駄箱・公衆電話

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。

6. サービス提供の内容

(1) 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。
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、整頓を支援します。
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	常時は、看護職員、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。
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。ただし、入院時支援加算の算定内とします。

(2) 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		月 33,000 円
光熱費		月 10,000 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
健康診断等	一般検診・成人病検診・インフルエンザ予防接種等	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。なお、「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) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

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割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費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いただきます。（定率負担又は利用者負担額といいます）

なお、定率負担又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下さい。

(2) 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）訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照下さい。

(3) 利用料金のお支払い方法

前記（1）（2）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

(ア) 当事業所にて現金支払い

(イ) 下記指定口座への振込み

山口銀行 錦帯橋支店 普通預金 7 5 3 5 3 新生会

8. 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： 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：

9. 協力医療機関

医療機関の名称	いしい記念病院
院 長 名	高橋 俊文
所 在 地	岩国市多田3丁目102-1
電 話 番 号	0827-41-0114
診 療 科	精神科・内科

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

10. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める防災マニュアルにより対応致します。
防災設備	・自動火災報知器 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知器 有 ・非常通報装置 有 ・非常用電源 有 ・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・飲料水等） （その他：ラジオ・懐中電灯等）
平時の訓練	・年2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	<ul style="list-style-type: none"> ・消防署への届出日：平成15年 7月 ・防火管理者：池田 正昭
保険加入	<p>事故・災害に備え、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>加入保険会社名：三井住友海上</p> <p>加入保険内容：賠償責任保険</p>

11. 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致します。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、個人情報保護法にそった対応を行います。

ただし、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。

12. 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	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 松岡 真紗美 ・電話番号 0827-43-2727 ・FAX 0827-43-2833 ・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出下さい。
第三者委員	<ul style="list-style-type: none"> ・村尾 庄治 0827-43-0241
岩国市	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地 岩国市今津1-14-51 ・電話番号 0827-29-2566 (地域包括支援センター) 0827-29-2522 (障害者支援課)
山口県 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地 山口市大手町9-6 山口県社会福祉会館2階 ・電話番号 083-924-2837 ・FAX 083-924-2793 ・アドレス kujou@yg-you-i-net.or.jp

(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	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 松岡 真紗美 ・電話番号 0827-43-2727 ・FAX 0827-43-2833
------------------	--

13. 第三者評価の実施状況
実施していません。

14. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。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。
生活時間	起床時間6時、消灯時間22時となっています。夜間は、他の方の迷惑にならないよう、お静かにお願いします。
掃除	公共の場所においては当番制により行っていただきます。 各居室は、それぞれ責任をもって行ってください。
食事	食事はそれぞれの方で準備していただき、食堂兼娛樂室にてお摂りください。 調理室の使用は、6時から21時までとなっています。
外出	外出の際は、外出届に記入をお願いします。 原則、門限は17時となっていますが、遅れる場合、予め連絡をいただければこれに限りません。
外泊	外泊の際は、予定が決まり次第、外泊願に記入をお願いします。
面会	原則、9時から17時までの間にお願いします。しかし、ご家族の都合で遅れる場合、予め連絡をいただければこれに限りません。
喫煙・飲酒	喫煙は建物内では出来ません。 飲酒は厳禁です。
洗濯	洗濯機の使用は起床時間から消灯時間までとなっています。 時間外の使用は、他の方の迷惑になりますのでご遠慮願います。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任により管理していただきます。自己管理の出来ない方につきましては、契約に基づき、事業所にて管理致します。
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下さい。
その他	異性間の居室の訪問はご遠慮願います。 また、利用者間の金銭等の貸借はトラブルになりかねないため、お止め下さい。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス共同生活援助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：新生会障害福祉サービス事業所
説明者職名： 氏名

私は、本書面に基づき、事業者から指定障害福祉サービス共同生活援助の提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

氏 名： 印

代理人住所：
氏 名： 印
続 柄：