

# 共同生活援助（介護サービス包括型）重要事項説明書

## 【グループホーム アドバンス汲沢】

様に対する共同生活介護・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通りです。

### 1. サービスを提供する事業者

|       |                        |
|-------|------------------------|
| 名 称   | 社会福祉法人 昴               |
| 所在地   | 神奈川県横浜市西区北幸二丁目 8 番 4 号 |
| 電話番号  | 045-326-2012           |
| 代表者氏名 | 理事長 鈴木 修               |
| 設立年月  | 1995 年 3 月 30 日        |

### 2. 事業所の概要

|           |                       |
|-----------|-----------------------|
| 事業所の種類    | 共同生活援助                |
| 事業所の名称    | グループホーム アドバンス上柏尾      |
| 事業所の所在地   | 神奈川県横浜市戸塚区上柏尾町 379-36 |
| 連 絡 先     | 電話番号 090-9137-0384    |
| 管 理 者     | 小泉 嘉己                 |
| サービス管理責任者 | 小泉 嘉己                 |
| サービスの実施地域 | 神奈川県横浜市               |
| 主たる対象者    | 知的障害者                 |
| 定 員       | 6 名                   |
| 開設年月日     | 令和 4 年 11 月 1 日       |
| 事業所番号     | 1421001585            |

### 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介護・共同生活援助サービスの提供。                                                                     |

#### 4. サービスに係る共同生活住居・設備等の概要

##### (1) 共同生活住居

|    |          |                                                 |
|----|----------|-------------------------------------------------|
| 建物 | 名 称      | グループホーム アドバンス汲沢                                 |
|    | 住 所      | 横浜市戸塚区汲沢町 509-11                                |
|    | 電話・FAX番号 | 090-9137-0384                                   |
|    | 構 造      | 木造2階建                                           |
|    | 延べ床面積    | 149.93 m <sup>2</sup> (居室 9.93 m <sup>2</sup> ) |

##### (2) 主な設備

|           | 部屋数 | 備 考                  |
|-----------|-----|----------------------|
| 居 室       | 6 室 | 全室個室                 |
| 食 堂       | 1 室 | 兼居間、テーブル・イス等有り       |
| 洗面所       | 5 室 | 1 階は脱衣室、廊下 2 階は廊下に有り |
| トイレ       | 2 室 | 温水洗浄便座有り             |
| 風呂場       | 1 室 | 脱衣室有り                |
| 居間 (リビング) | 1 室 | 兼食堂、テレビ等有り           |

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 |    | 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  |     |    |     |
| 世話人       |    |     |    |     | 4  |     |
| 生活支援員     |    |     |    |     | 3  |     |

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。

##### (1) 各職種の勤務体系

| 職 種        | 勤務体系                                                                |
|------------|---------------------------------------------------------------------|
| 世話人及び生活支援員 | 13 時 30 分～16 時 30 分<br>16 時 00 分～翌 9 時 30 分<br>13 時 00 分～翌 9 時 30 分 |

#### 6. 録画カメラ設置

入居者の安全確保及び災害時等の情報提供を目的とし、玄関外回り、共有スペースに録画カメラを設置し、必要時のみ映像を確認するものとします。

## 7. 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や糖尿病等の各自の健康状態を考慮して献立を工夫します。                                                                             |
| 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。<br>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。                                                                |
| 活動支援      | 地域行事への参加促進。<br>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、世話人等により観察、疾病予防、健康管理に努めます。<br>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。<br>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。但し、入院時支援加算の算定内とします。                                                                        |

### (2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容

|       | 金 額                            | 備考                                                                                                                                  |
|-------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家賃    | 月 40,000 円 (1)<br>※加算・補助を引いた金額 | 月 79,500 円 (基本家賃)<br>月 29,500 円※1<br>月 10,000 円※2<br>各入居者の援護の実施機関となる自治体の家賃補助を引き※1、障害者自立支援法による特定障害者特別給付費※2を引いた額が 40,000 円 (1) となります。 |
| 食材料費  | 月 25,000 円 (2)                 | ※3                                                                                                                                  |
| 光熱水費  | 月 15,000 円 (3)                 | ※3                                                                                                                                  |
| 日用品費  | 月 5,000 円 (4)                  | ※3                                                                                                                                  |
| 金銭管理費 | 月 3,000 円                      | ※4                                                                                                                                  |

※3、利用頻度に応じて毎月精算した金額を引落し致します。(2)～(4)は目安の金額です。

※4 金銭管理については、「金銭管理契約書」の通りです。

体験的な利用の費用は 1 日 2,832 円

※(1)(2)(3)(4)を30日で除した金額の合計となります。

<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。

## 8. 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・村）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

前記（1）（2）の料金は当月の利用料金合計額の請求書を、翌月 20 日までに入居者に送付するものとします。入居者は、当月の料金の合計額を翌々月 1 日までに支払います。支払方法は事業者の指定するものとします。又、障害者総合支援法に基づく訓練等給付費対象外サービスでその費用が入居者個人の消費にかかるものは、その都度精算するものとします。

## 9. 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会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における医療機関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。

（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・村）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。

## 10. 館内及び敷地内は全面禁煙といたします。

### 11. 虐待防止について

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めます。

### 12. ハラスメント対策

（1）事業所は職場におけるハラスメント防止に取り組み、職員が働きやすい環境づくりを目指します。

（2）利用者が事業者の職員に対して行う、暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷

等の迷惑行為、セクシャルハラスメントなどの行為を禁止します。  
ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

### 1 3. 身体拘束廃止に向けての取り組み

- ① サービス提供に当たり、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。
- ② 緊急やむを得ず身体拘束を実施する場合は、その事由を利用者及び代理人等に、「緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書」をもって説明し、同意を得ます。
- ③ 事業所は、緊急やむを得ず行う身体拘束について、実施状況の記録を整備し、その廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止の取り組みをします。

### 1 4. 感染症対策

- ① 事業所は、感染症または食中毒の予防及び蔓延の防止のための指針を整備します。
- ② 事業所は、感染症または食中毒の予防及び蔓延の防止のための研修を定期的に実施します。
- ③ 以上のほか、別に厚生労働大臣が定める感染症または食中毒が疑われる際の対処等に関する手順に沿った対応を行います。

### 1 5. 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<br>① | 医療機関名：<br>診 療 科：<br>主 治 医：<br>所 在 地：<br>電話番号： |
| 利用者のかかりつけ医療機関<br>② | 医療機関名：<br>診 療 科：<br>主 治 医：<br>所 在 地：<br>電話番号： |
| 緊 急 連 絡 先①         | 住 所：<br>電話番号：<br>氏 名：<br>続 柄：                 |
| 緊 急 連 絡 先②         | 住 所：<br>電話番号：<br>氏 名：<br>続 柄：                 |

## 16. 要望・苦情等申立先に関する相談窓口

### (1) 要望・苦情等申立先

|                       |                                                                                                                                                 |
|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当事業所相談窓口              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者：グループホーム アドバンス上柏尾 小泉</li> <li>・電話番号：090-9137-0384</li> </ul>                                       |
| 健康福祉局 障害施設サービス課       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：横浜市中区本町6丁目50番地の10</li> <li>・電話番号：045-671-2391</li> <li>・FAX：045-671-3566</li> </ul>                 |
| 横浜市福祉調整委員会            | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：横浜市中区本町6丁目50番地の10</li> <li>・電話番号：045-671-4045</li> <li>・FAX：045-681-5457</li> </ul>                 |
| かながわ福祉サービス運営適正化委員会    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：横浜市神奈川区反町3-17-2<br/>神奈川県社会福祉センター内</li> <li>・電話番号：045-311-8861</li> <li>・FAX：045-312-6302</li> </ul> |
| 第三者委員<br>社会福祉法人帛会 評議員 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者：鈴木 克子</li> <li>・電話番号：053-421-3481</li> </ul>                                                      |

## 17. 協力医療機関

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 横浜第一病院            |
| 医 院 長 名 | 大山 邦雄             |
| 所 在 地   | 神奈川県横浜市西区高島2-5-15 |
| 電 話 番 号 | 045-453-6711      |
| 診 療 科   | 内科、整形外科、その他       |

## 17. 協力医療機関

|         |                   |
|---------|-------------------|
| 医療機関の名称 | 横浜第一病院            |
| 医 院 長 名 | 大山 邦雄             |
| 所 在 地   | 神奈川県横浜市西区高島2-5-15 |
| 電 話 番 号 | 045-453-6711      |
| 診 療 科   | 内科、整形外科、その他       |

## 18. 非常災害時の対策

|       |                                                                                                                                                                                                            |
|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 防災設備  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・スプリンクラー 有</li> <li>・消化器 有 ・誘導灯 有</li> <li>・自動火災報知機 有 ・自動火災通報装置 有</li> <li>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</li> <li>・震災に備えての備蓄（食料・飲料水3日分）<br/>（その他・携帯ラジオ・懐中電灯等）</li> </ul> |
| 平時の訓練 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・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。</li> </ul>                                                                                                                           |

## 19. 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           | ホームの設備、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ホームにて管理を致します。    |
| 宗教活動・政治活動、<br>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。                  |

## 20. 門限について

入居者様の安全と生活リズムと時間感覚を養う為、21：00を門限とし、遅くなる場合は事前に理由と許可を得るようお願い致します。

21. 福祉パスの紛失防止及び緊急時所在確認の為、アップルタグの購入を推奨いたします。

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス共同生活介護・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：社会福祉法人 昴  
グループホーム アドバンス上柏尾

説明者職名：管理者 氏名 \_\_\_\_\_ 印

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介護・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。

入居者 住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

代理人 住所

( ) 氏名 \_\_\_\_\_ 印

※代理人が選任されている場合に記入する。