

# 重 要 事 項 説 明 書

(共同生活援助)

## 第 5 ふれあいホームヴァンサンクつつじ

この「重要事項説明書」は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第 76 条及び「大阪府指定障害福祉サービス事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 107 号）」第 10 条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

## 1 共同生活援助サービスを提供する事業者について

|                |                                                                |
|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 事業者名称          | 社会福祉法人嘉誠会                                                      |
| 代表者氏名          | 理事長 山本 真澄                                                      |
| 本社所在地<br>(連絡先) | 大阪府大阪市東住吉区湯里 2-5-8<br>(本部) (TEL 06-6704-2971 FAX 06-6704-2974) |
| 法人設立年月日        | 1997 年 12 月 19 日                                               |

## 2 ご利用者へのサービス提供を担当する事業所について

### (1) 事業の所在地等

|                          |                                                   |
|--------------------------|---------------------------------------------------|
| 事業所名称                    | 第5 ふれあいホーム ヴァンサンクつつじ                              |
| サービスの<br>主たる対象者          | 知的障がい者 (18 歳未満の者を除く)                              |
| 大阪府指定<br>事業所番号           | 共同生活援助 2726600071号 (令和3年4月1日指定)                   |
| 管理者                      | 森本 百合子                                            |
| サービス管理責任者                | 佐々木 智弘                                            |
| 主たる事業所<br>所在地及び<br>住居所在地 | 主たる事業所所在地 大阪府堺市美原区平尾 35-1<br>住居所在地 同上             |
| 連絡先<br>相談担当者名            | TEL 072-369-2248 FAX 072-369-2249 (相談担当者: 森本 百合子) |
| 利用定員                     | 10 名                                              |
| 開設年月日                    | 2021 年 4 月 1 日                                    |

### (2) 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                               |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 利用者の意思及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な共同生活援助の提供を確保することを目的とする。                                                      |
| 運営方針  | 常にご利用者様の立場に立ったサービスの提供に努めるとともに、地域において共同して日常生活を営むことができるようにしていき、市町村・他の居宅支援事業者その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努める。 |

## 3 共同生活住居の構造・設備について

### (1) 構造

|      |                       |
|------|-----------------------|
| 構造   | 鉄筋コンクリート 2 階建         |
| 敷地面積 | 246.67 m <sup>2</sup> |
| 延床面積 | 466.37 m <sup>2</sup> |

## (2) 設備

| 設備の種類 | 部屋数 | 備考   |
|-------|-----|------|
| 居室    | 10室 | 全室個室 |
| 食堂・居間 | 1室  |      |
| 洗面所   | 2室  |      |
| 便所    | 3室  |      |
| 風呂場   | 2室  |      |

## 4 職員体制等について

## (1) 各職種の職務の内容

| 職種        | 職務内容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 管理者       | 管理者は、職員の管理、指定共同生活援助の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定共同生活援助の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| サービス管理責任者 | <p>(1) 適切な方法により、利用者について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行うとともに、利用者の自己決定の尊重及び意思決定の支援に配慮しつつ、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援の内容を検討します。</p> <p>(2) アセスメントに当たっては、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、適切に意思決定の支援を行うため、当該利用者の意思及び選好並びに判断能力等について丁寧に把握します。</p> <p>(3) アセスメントに当たっては、利用者に面接して行います。この場合において、面接の趣旨を利用者に対して十分に説明し、理解を得ます。</p> <p>(4) アセスメント及び支援の内容の検討結果に基づき、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定共同生活援助の目標及びその達成時期、指定共同生活援助を行う上での留意事項等を記載した共同生活援助計画の原案を作成します。この場合において、当該指定共同生活援助事業所が提供する指定共同生活援助以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携を含めて共同生活援助計画の原案に位置付けるように努めます。</p> <p>(5) 共同生活援助計画の作成に係る会議（利用者及び当該利用者に対する指定共同生活援助の提供に当たる担当者等を招集して行う会議をいう。）を開き、当該利用者の生活に対する意向等を改めて確認するとともに、共同生活援助計画の原案の内容について意見を求めます。</p> <p>(6) 共同生活援助計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。</p> <p>(7) 共同生活援助計画を作成した際には、当該共同生活援助計画を利用者及び当該利用者又は障がい児の保護者に対して指定計画相談支援又は指定障がい児相談支援を行う者に交付します。</p> <p>(8) 共同生活援助計画作成後、共同生活援助計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも〇月に△回以上、共同生活援助計画の見直しを行い、必要に応じて共同生活援助計画を変更します。</p> <p>(9) モニタリングに当たっては、利用者及びその家族等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行います。一 定期的に利用者を面接すること。二 定期的にモニタリングの結果を記録すること。</p> <p>(10) 利用申込者の利用に際し、その者が現に利用し、又は利用していた障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外の場所における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。</p> <p>(11) 利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(12) 利用者が自立した社会生活を営むことができるよう指定生活介護事業者等との連絡調整を行います。</p> <p>(13) 他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</p> <p>(14) 業務を行うに当たっては、利用者の自己決定の尊重を原則とした上で、利用者が自ら意思を決定することに困難を抱える場合には、利用者の意思決定の支援が適切に行われるよう</p> |

|           |                                              |
|-----------|----------------------------------------------|
|           | 努めます。                                        |
| 世 話 人     | 食事の提供、生活上の相談及び入浴等の介護等について、生活支援員と協同して適切に援助する。 |
| 生 活 支 援 員 | 食事の提供、生活上の相談及び入浴等の介護等について、世話人と協同して適切に援助する。   |
| 事 務 職 員   | 必要な事務業務を行う                                   |

## (2) 職員配置

| 職種        | 員数 | 常勤 |    | 非常勤 |    | 常勤<br>換算 | 備考                 |
|-----------|----|----|----|-----|----|----------|--------------------|
|           |    | 専従 | 兼務 | 専従  | 兼務 |          |                    |
| 管 理 者     | 1  | 0  | 1  | 0   | 0  | 1.0      | サービス管理責任者・生活支援員を兼務 |
| サービス管理責任者 | 2  | 0  | 2  | 0   | 0  | 1.0      | 生活支援員を兼務           |
| 世 話 人     | 23 | 0  | 0  | 0   | 23 | 5.7      |                    |
| 生 活 支 援 員 | 17 | 0  | 4  | 0   | 13 | 7.2      |                    |
| 事 務 職 員   | 3  | 1  | 1  | 1   | 0  | 1.9      |                    |

## (3) 勤務体系

| 職 種       | 勤 務 体 系                    |
|-----------|----------------------------|
| 管 理 者     | 午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分  |
| サービス管理責任者 | 午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分  |
| 世 話 人     | 午後 3 時 30 分から翌日午前 9 時 00 分 |
| 生 活 支 援 員 | 午後 3 時 30 分から翌日午前 9 時 00 分 |
| 事 務 職 員   | 午前 8 時 30 分から午後 17 時 30 分  |

## 5 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

## (1) 提供するサービスの内容

| サービスの種類                    | サ ー ビ ス の 内 容                                                                                                                                                         |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 共同生活援助<br>計画の作成            | 利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した共同生活援助計画を作成します。                                                                                               |
| 利用者<br>に対する相談              | 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 の 提 供                  | 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。)                                                                                                 |
| 健 康 管 理 ・<br>金 銭 管 理 の 援 助 | ・嘱託医師により、診察日を設けるとともに、世話人等により観察、疾病予防、健康管理を行います。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。また、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。<br>・生活費の管理方法や使途方法等について必要に応じて相談支援を行います。 |
| 余 暇 活 動 の 支 援              | 地域商店への単独買い物等を支援し、自主性を育てるとともに、余暇活動として地域行事の情報を提供し、参加を促進します。                                                                                                             |
| 緊 急 時 の 対 応                | 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ます。                                                                               |
| 日中活動の場等と<br>の 連 絡 ・ 調 整    | 日中、自立訓練事業やデイサービス等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、必要に応じてサービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行います。                                                                                          |

|                  |                                                                                      |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 財産管理等の日常生活に必要な援助 | 食事、排泄、入浴、着替え、整容等について日常生活に必要な援助を行うとともに、財産管理に支援が必要な利用者について、成年後見制度の利用を促進するなど必要な援助を行います。 |
| 夜間における支援         | 夜間において支援を行うものを配置し、就寝準備の確認、寝返りや排泄等の支援を行うとともに、緊急時の対応を行います。                             |
| 体験利用における支援       | 契約を希望されている方に、生活上の不安を解消等を目的として、正式な契約締結前に「体験利用」として支援を行います。                             |

## (2) サービス料金

利用料金は、次表のとおりです。

|        | 区分 6    | 区分 5    | 区分 4    | 区分 3    | 区分 2    | 区分 1 以下 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料    | 6,480 円 | 4,925 円 | 4,018 円 | 3,208 円 | 2,030 円 | 1,847 円 |
| 利用者負担額 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 |

※体験利用の場合は、次表のとおりです。

|        | 区分 6    | 区分 5    | 区分 4    | 区分 3    | 区分 2    | 区分 1 以下 |
|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 利用料    | 7,744 円 | 6,145 円 | 5,195 円 | 4,428 円 | 3,132 円 | 2,948 円 |
| 利用者負担額 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 | 上記の 1 割 |

＜提供するサービスの料金とその利用者負担額について＞

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（1 割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※ 障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください

### 【加算項目】

① 事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加算項目        | 利用料                                                      | 利用者負担額  | 内 容                                                                                                                              |
|-------------|----------------------------------------------------------|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 夜間支援等体制加算   | (区分 4 以上) 3,628 円<br>(区分 3) 3,024 円<br>(区分 2 以下) 2,419 円 | 左記の 1 割 | 夜間の連絡・支援体制が確保されていた場合、利用 1 日につき加算されます。                                                                                            |
| 福祉専門職員配置等加算 | (Ⅰ) 108 円<br>(Ⅱ) 75 円<br>(Ⅲ) 43 円                        | 左記の 1 割 | (Ⅰ)(Ⅱ)の場合<br>生活支援員のうち、有資格者が一定割合以上場合、利用 1 日につき加算されます。<br>(Ⅲ)生活支援員のうち、勤務形態が常勤のものが 75%、又は勤続年数が 3 年以上のものが 30%を超える場合、利用 1 日につき加算されます。 |

|                                    |                                                                          |            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 視 覚 ・ 聴 覚 言 語<br>障 害 者 支 援 体 制 加 算 | 4 4 2 円                                                                  | 左記の<br>1 割 | 意思疎通に関して専門性をもつ職員を一定数以上配置している場合、利用 1 日につき加算されます。                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 医 療 連 携 体 制<br>加 算                 | 4 2 1 円                                                                  | 左記の<br>1 割 | 医療機関との連携により、看護職員が事業所等を訪問して利用者に対して看護を行った場合や介護職員等にたんの吸引等に係る指導を行った場合、利用 1 日につき加算されます。                                                                                                                                                                                                                       |
| 通 勤 者 生 活 支 援<br>加 算               | 1 9 4 円                                                                  | 左記の<br>1 割 | 一般の事業所で就労する利用者が 50% を占める事業所において、利用者の自活に向けた支援の質の向上を図るため、主に日中において、職場での対人関係の調整や相談・助言、金銭管理の指導等、日常生活上の支援を行っている場合、利用 1 日につき加算されます。                                                                                                                                                                             |
| 人 員 配 置 体 制<br>加 算                 | (Ⅰ) 区分 4 以上 896 円<br>区分 3 以下 831 円<br>(Ⅱ) 区分 4 以上 356 円<br>区分 3 以下 334 円 | 左記の<br>1 割 | (Ⅰ) 指定共同生活援助事業所に置くべき世話人及び生活支援員に加え、特定従業者数換算方法で、利用者の数を 12 で除して得た数以上の世話人又は生活支援員が配置されている事業所において、利用者に対し、指定共同生活援助等の提供を行った場合に、障害支援区分に応じ、1 日につき所定単位数を加算する。<br>(Ⅱ) 指定共同生活援助事業所に置くべき世話人及び生活支援員に加え、特定従業者数換算方法で、利用者の数を 30 で除して得た数以上の世話人又は生活支援員が配置されている事業所において、利用者に対し、指定共同生活援助等の提供を行った場合に、障害支援区分に応じ、1 日につき所定単位数を加算する。 |
| 福 祉 ・ 介 護 職 員<br>処 遇 改 善 加 算       | (Ⅱ ロ) 所定単位数の 1000 分の 166                                                 | 左記の<br>1 割 | 厚生労働大臣が定める基準に適合している福祉・介護職員の賃金の改善等を実施している場合に算定されます。<br>※所定単位数＝基本サービス費に各種加算減算を加えた総単位数                                                                                                                                                                                                                      |

② 事業所がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加 算 項 目     | 利 用 料                                                                                  | 利用者<br>負担額 | 内 容                                                                                                                                                                                       |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 日 中 支 援 加 算 | (Ⅰ) 5,821 円<br>(Ⅱ)<br>(1) (一) 5,821 円<br>(二) 2,916 円<br>(2) (一) 2,916 円<br>(二) 1,458 円 | 左記の<br>1 割 | (Ⅰ) 65 歳以上又は障害支援区分 4 以上の障害者であって、日中を共同生活住居の外で過ごすことが困難な利用者に対して必要な支援を行った場合、利用 1 日につき加算されます。<br>(Ⅱ) 日中活動サービスの支給決定を受けている利用者又は就労している利用者が、心身の状況等により当該サービス等を利用できない場合に必要な支援を行ったとき、利用 1 日につき加算されます。 |
| 重度障害者支援加算   | 3, 8 8 8 円                                                                             | 左記の<br>1 割 | 障害支援区分 6 であって、特定の基準を満たす利用者に対して、通常の介護体制に加えて、より手厚いサービスを提供した場合、利用 1 日につき加算されます。                                                                                                              |
| 自立生活支援加算    | (Ⅰ) 10,800 円<br>(Ⅲ) (1) 864 円<br>(2) 777 円<br>(3) 604 円<br>(4) 432 円                   | 左記の<br>1 割 | (Ⅰ) 居宅における単身等での生活を本人が希望し、かつ、可能と見込まれる利用者の退居に向け、個別支援計画を見直した上で、一人暮らし等に向けた支援を行った場合に、6 月間に限り所定単位数を加算する。<br>(Ⅲ) 居宅における単身等での生活を本人が希望し、かつ、可能と見込まれる利用者の退居に向け、一人暮らし等に向けた支援を行った場合に、1 日につき所定単位数を加算する。 |
| 入院時支援特別加算   | [入院期間 3 日以上 7 日未満]<br>6,058 円<br><br>[入院期間 7 日以上]<br>12,117 円                          | 左記の<br>1 割 | 病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合、1 月に 1 回加算されます。                                                                               |

|                    |                                                    |           |                                                                                                                                                            |
|--------------------|----------------------------------------------------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 帰宅時支援加算            | [外泊期間3日以上7日未満]<br>2,019 円<br>[外泊期間7日以上]<br>4,039 円 | 左記の<br>1割 | 利用者が外泊した際、家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合、1月に1回加算されます。                                                                                                         |
| 長期入院時支援<br>特 別 加 算 | 1, 3 1 7 円                                         | 左記の<br>1割 | 長期にわたる入院の際、病院又は診療所を訪問し、入院期間中の被服等の準備や利用者の相談支援など、日常生活上の支援を行うとともに、退院後の円滑な生活移行が可能となるよう、病院又は診療所との連絡調整を行った場合、入院1日につき加算されます。                                      |
| 長期帰宅時支援加算          | 4 1 2 円                                            | 左記の<br>1割 | 長期にわたる外泊の際、利用者が外泊した際、家族等との連絡調整や交通手段の確保等の支援を行った場合、外泊1日につき加算されます。                                                                                            |
| 退居後共同生活援助サービス費     | 21, 600 円                                          | 左記の<br>1割 | グループホームを退居した利用者(自立生活支援加算(Ⅰ)又は(Ⅲ)を算定していた者に限る。)に対し、当該利用者の居宅を訪問して以下の要件を満たす内容の支援を行った場合に、退居日の属する月から3月間(引き続き支援することが必要であると市町村が認めた利用者に対しては6月間)に限り、1月につき所定単位数を算定する。 |
| ピアサポート実施加算         | 1,080 円                                            | 左記の<br>1割 | 障害者又は障害者であったと都道府県知事が認める者である従業者であって、障害者ピアサポート研修修了者であるものが、利用者に対して、その経験に基づき相談援助を行った場合に加算する。                                                                   |

## 6 その他の費用について

| 内 容                                                    | 料 金                                                 |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 家 賃                                                    | 月額 30,000 円<br>(特定障害者特別給付費の支給があった場合には、上記金額に充当いたします) |
| 光熱水費                                                   | 実費 (概算月額 13,000 円)                                  |
| 食材料費                                                   | 実費 (朝 244 円 昼 550 円 夜 510 円 / 1 回)                  |
| その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの | 実費相当額                                               |

※光熱水費・食材料費については、年度末に当該年度分を集計し、精算します。不足が生じた場合は追加徴収を行い、残金が生じたときはその残金を返還します。

※光熱水費の概算月額額は、令和3年度実績の金額で記載しています。

## 7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | 利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月25日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の28日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。<br>(ア)現金支払い<br>(イ)利用者指定口座からの自動振替<br>(ウ)事業者指定口座への振り込み<br>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。 |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

※ 利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から3月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払いがない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 8 サービスの提供にあたっての留意事項

### (1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

### (2) 共同生活援助計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら「共同生活援助計画」を作成します。作成した「共同生活援助計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認くださいようお願いします。

### (3) 共同生活援助計画の変更等

「共同生活援助計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

## 9 虐待の防止について

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。

|             |                                |
|-------------|--------------------------------|
| 虐待防止に関する担当者 | ふれあいホームヴァンサンクつつじ<br>管理者 森本 百合子 |
|-------------|--------------------------------|

### 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。
- ⑤ 虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

## 10 秘密の保持と個人情報の保護について

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。</p> <p>○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p>                                                                                                             |
| ②個人情報の保護について            | <p>○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。</p> <p>○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

## 11 緊急時の対応方法について

- ① 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ます。
- ② 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 080-4012-9401（対応可能時間 24 時間）

## 12 協力医療機関について（歯科診療を含む）

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。

(1)

|         |                                       |         |   |
|---------|---------------------------------------|---------|---|
| 医療機関名称  | 山本医院                                  |         |   |
| 医 院 長 名 | 山本 嘉治                                 |         |   |
| 所 在 地   | 大阪府大阪市東住吉区湯里 2-5-11                   |         |   |
| 電 話 番 号 | 06-6704-2981                          |         |   |
| 診 療 科   | 外科、胃腸科、肛門科<br>整形外科、リハビリテーション科<br>放射線科 | 入 院 設 備 | 無 |

## 13 事故発生時の対応方法について

利用者に対する共同生活援助の提供により事故が発生した場合は、都道府県、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。

また、利用者に対する共同生活援助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。

|     |             |                     |
|-----|-------------|---------------------|
| 市町村 | 市 町 村 名     | 堺市                  |
|     | 担 当 部 ・ 課 名 | 健康福祉局障害福祉部障害福祉サービス課 |
|     | 電 話 番 号     | 072-228-7510        |

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険

保険名 賠償責任保険

保障の概要 対人 1 億円 対物 1,000 万円 受託物 150 万円

#### 14 非常災害時の対策

|             |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 非 常 時 の 対 応 | 別に定める消防計画により対応いたします。                                                                                                                                                                                                             |
| 平 時 の 訓 練   | 別に定める消防計画に則り、消防訓練を年 2 回実施します。                                                                                                                                                                                                    |
| 防 災 設 備     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自動火災報知機 有</li> <li>・ ガス漏れ報知器 有</li> <li>・ 非常用電源 無</li> <li>・ 室内防火栓 無</li> <li>・ カーテン等は防災機能のある物を使用しています。</li> <li>・ 震災に備えての備蓄（食糧・飲料水 3 日分）</li> <li>（その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）</li> </ul> |
| 消 防 計 画     | 消防署への届出日： 2024 年 3 月 29 日<br>防災管理者： 森本 百合子                                                                                                                                                                                       |
| 保 険 加 入     | 本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。<br>保険会社名 あいおいニッセイ同和損害保険 株式会社<br>保険名 賠償責任保険<br>保障の概要 対人 1 億円 対物 1,000 万円 受託物 150 万円                                                                                                                      |

#### 15 苦情解決の体制及び手順

- (1) 提供した指定共同生活援助に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

本事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名 土井 健次 石田芳子 澤田安誠  
 連絡先 社会福祉法人 嘉誠会 本部  
 (TEL 06-6704-2971 FAX 06-6704-2974)

- (2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。
- (3) ①苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細を把握するよう、必要に応じ、状況を聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。
- ②相談担当者は、把握した状況を事業所担当者とともに検討を行い、対応を決定

する。

- ③対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)

|                                                        |                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>(事業者の担当部署・窓口の名称)                           | 所 在 地 堺市美原区平尾 35-1<br>ふれあいホームヴァンサンクつつじ<br>管理者 森本 百合子<br>電話番号 072-369-2248<br>ファックス番号 072-369-2249<br>受付時間 8:30～17:30    |
| 【市町村の窓口】<br>(利用者の居宅がある市町村の障がい<br>福祉サービス担当部署の名称)        | 所 在 地<br>電話番号<br>受付時間                                                                                                   |
| 【指定権者の窓口】                                              | 所 在 地 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号<br>健康福祉局障害福祉部障害福祉サービス課<br>電話番号 072-228-7510<br>受付時間 月～金曜日(祝日を除く)<br>9:00～17:00                    |
| 【公的団体の窓口】<br>大阪府社会福祉協議会<br>運営適正化委員会<br>「福祉サービス苦情解決委員会」 | 所 在 地 大阪府中央区中寺 1-1-54<br>大阪社会福祉指導センター内<br>電話番号 06-6191-3130<br>ファックス番号 06-6191-5660<br>受付時間 月～金曜日(祝日を除く)<br>10:00～16:00 |

#### 16 心身の状況の把握

指定共同生活援助の提供に当たっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

#### 17 連絡調整に対する協力

共同生活援助事業者は、指定共同生活援助の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

#### 18 他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

指定共同生活援助の提供に当たり、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

## 19 サービス提供の記録

- ① 指定共同生活援助の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数（外部サービス利用型の場合）及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。
- ② 指定共同生活援助の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者は、事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

## 20 指定共同生活援助サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり（契約書別紙）を作成します。

## 21 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

|                   |                                                                            |
|-------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 感 染 症 対 策         | 事業所利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用が出来ない場合があります。   |
| 設備・器具の利用          | 事業所内の設備、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が生じた場合、賠償していただくことがあります。          |
| 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。 |
| 喫 煙               | 喫煙は決められた時間に決められた場所をお願いいたします。                                               |
| 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。                          |

## 22 第三者評価の実施状況

|              |           |
|--------------|-----------|
| 実施している       | 実施していない   |
| 【実施日： 年 月 日】 | 【評価機関名： 】 |
| 【結果の開示状況：    | 】         |

## 23 サービス提供開始可能年月日

|                 |                |
|-----------------|----------------|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 2021 年 4 月 1 日 |
|-----------------|----------------|

## 24 重要事項説明の年月日

|                 |   |   |   |
|-----------------|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|---|---|---|

上記内容について、「大阪府指定障害福祉サービス事業者の指定並びに指定障害福祉サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 107 号）」第 10 条の規定に基づき、利用者に説明を行いました。

|     |       |                         |
|-----|-------|-------------------------|
| 事業者 | 所在地   | 大阪府大阪市東住吉区湯里二丁目 5 番 8 号 |
|     | 法人名   | 社会福祉法人 嘉誠会              |
|     | 代表者名  | 理事長 山本真澄                |
|     | 事業所名  | 第 5 ふれあいホーム ヴァンサンクつつじ   |
|     | 説明者氏名 |                         |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 利用者 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |

（署名代行者氏名

（続柄）

|     |    |   |
|-----|----|---|
| 代理人 | 住所 |   |
|     | 氏名 | 印 |