「指定共同生活援助事業所 こうずみ メープル」 重要事項説明書

※ 当事業所では、利用者に対して共同生活援助事業サービスを提供します。
当サービスの利用は、介護給付の支給決定を受けた方が対象となります。

本重要事項説明書は、当事業所とサービスの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条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◇◆目次◆◇

1. サービスを提供する事業所 ……2
2. ご利用グループホーム…… 2
3. 共同生活に於ける住居・部屋及び設備等の概要……3
4. 従業者の配置と勤務体制 ……3
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金……3
6. 利用料金のお支払い方法……5
7. 虐待防止対策……6
8. 緊急時及び事故発生時の対応と損害賠償について……6
9. 苦情受付について ……7

社会福祉法人 小樽四ツ葉学園

こうずみ メープル

当事業所は、指定共同生活援助の指定を受けています。

共同生活援助（指定 第0122500101号）

1. サービスを提供する事業者

名　称	社会福祉法人　小樽四ツ葉学園
所在地	小樽市 桜 3丁目10番1号
電話・FAX番号	TEL　0134－54－7404 FAX　0134－54－7428
代表者氏名	理事長　紺野　喜一郎
設立年月日	昭和37年4月5日

2. ご利用ケアホーム

事業所の種類	共同生活援助（グループホーム）
事業所の名称	こうずみ　メープル
主たる対象者	知的障害者
事業所の所在地	余市町富沢町３丁目47番地
電話番号	0135－21－4125
[施設長（管理者）]	松井真吾
[サービス管理責任者]	福澤　潤　・　石井 かおり
事業所の目的	家庭的な雰囲気の下、利用者が地域において共同して自立した日常生活または社会生活を営むことが出来るよう、身体及び精神の状況並びに、環境に応じて共同生活居住において入浴、排泄及び食事の介護、相談その他の日常生活上の支援を適切かつ効果的に行うものとする。
開設年月日	平成16年　2月　1日

3. 共同生活に於ける住居・部屋及び設備等の概要

住居名	所在地
メープル	余市町富沢町3丁目47番地
ポプラ	余市町富沢町3丁目47番地
さくら	余市町富沢町4丁目91番地
ひのき	余市町沢町3丁目29番地
けやき	余市町富沢町3丁目47番地
オリーブ	余市町富沢町3丁目23－36
設備	各室クローゼット、若しくは押入れ付き
共通設備	食堂、テレビ、風呂、洗面所他
	テレビ、冷蔵庫、食卓テーブル、洗濯機、電話、炊飯器、食器類、掃除機、全室カーテン

4. 従業者の配置及び勤務体制

職種	人員	勤務時間
管理者	1名	午前8時30分から午後5時30分
サービス管理責任者	2名	午前8時30分から午後5時30分
生活支援員	8名	午前8時30分から午後5時30分
世話人	13名	午前7時から午後6時30分までの間で交代制
宿直員	11名	午後9時00分～翌朝午前6時30分

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1)[生活の支援]

Ⅰ. 食事の提供

・世話人の調理により、栄養と利用者の身体状況に配慮し、希望や嗜好を取り入れバラ

エティに豊かな食事を提供いたします。

・おやつなどは利用者が自由購入して食べています。

食事時間　朝食(7:30～)　昼食(11:30～)　夕食(17:30～)

Ⅱ. 入浴

・週3回入浴。(希望があれば毎日、入浴できます。)

※尚、本人の健康状態によっては中止する場合があります。

Ⅲ. 季節、気候にあった衣類を選択できるよう、配慮した支援を行います。

Ⅳ. 整容

・個性に配慮し、自主的な整容が行われるよう援助します。

・シーツの交換は、週一回行いますが汚れに応じてはその都度自主的に交換します。

(2)[服薬管理]

・薬はロッカーで管理・保管しています。

・薬には個人名が印字され本人と確認できるように配慮されています。

(3)[健康管理及び医療]

・常時、看護師により、診察、疫病予防、健康管理に努めます。また、緊急時必要により協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。

・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)

・利用者が、診断、治療を要する事になった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受ける事ができます。

(診察費ならびに送迎に掛かる費用を1部ご負担していただく場合があります。)

医療機関	所在地	診療科目
わたなべ内科医院	余市町大川町6丁目12番地	内科
荒木歯科	余市町黒川町2丁目207番地	歯科、歯科矯正

林病院	余市町山田町50番地	精神科、神経科、
余市協会病院	余市町黒川町19丁目1番1号	内科、外科、 整形外科

※利用者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関への連絡を行います。

(4)[相談及び援助]

・常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。又、利用者や家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携を図ります。

(5)[利用料金]

・事業者がサービスを提供した場合の利用額は、利用者の障害の程度に応じて厚生労働省が定める区分に従い、市町村が定める基準により算定した利用者負担額とする。また、利用者が生活保護受給者あるいは市町村民税非課税世帯の者で市町村から家賃の一部を特定障害者特別給付費として支給される場合は、その額を控除した額とする。

・提供される便宜のうち、それに係る費用などの実費として、次の金額を支払っていただきます。

家賃（1ヵ月）	8、000円
食材費（1ヵ月）	16、000円
光熱水費（1ヵ月）	9，000円
預かり金管理サービス(1日)	50円

・小遣いその他、生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担していただくことが適当と認められる費用は実費とします。

6. 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求いたしますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

ア. 直接事務所窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振込み

北海道信用金庫　余市支店　普通貯金　705389

口座名義

社会福祉法人　小樽四ツ葉学園分園

こうずみ メープル　園長　松井 真吾

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関　北海道信用金庫　余市支店

7. 虐待防止対策

虐待を防止するため、次の措置を講じます。

(1) 研修の機会

研修を通じ、職員の人権意識の高揚、知識や技術の向上に努めます。

(2) 支援の実施

個別サービスプログラムの作成など適切な支援を実施します。

(3) 体制・環境

職員が支援に当たっての悩みや苦労などを相談できる体制を整えるほか、職員が利用者の権利擁護に取り組める環境の整備を講じます。

8. 緊急時及び事故発生時の対応と損害賠償について

(1) 緊急時等における対応方法

サービス提供中に、利用者の病状に急変、その他の緊急事態が生じた場合は、

必要に応じて臨時対応の処遇を行うとともに、速やかに主治医及び家族に連絡をし、適切な処置を行うこととする。

2 援助職員等は前項について、しかるべき処置をした場合は、速やかに管理者に報告をしなければならない。

(2)損害賠償

利用者に対するサービス提供に当たって、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償を行う。

9. 苦情の受付について(サービス利用契約書第16条参照)

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は下記の担当者が受け付けます。それは口頭、面接、手紙、電話などどのような方法でもかまいません。匿名でも受付を行いますが、解決困難になる事も予想されます事をご承知おき下さい。

当事業所は、苦情解決責任者である理事長が、その苦情などに誠意を持って対応いたします。又、苦情解決に社会性や客観性を保持するために第三者で構成する委員会を設置し、その第三者委員の助言や立会いを求めて、解決に努めます。尚、第三者委員に直接、苦情を申し出る事もできます。

○苦情受付窓口(担当者)　生活支援員 工藤 孝典、及川 由香、高橋 里奈

○受付時間　毎週月曜日から金曜日　9:00～16:00

電話番号 0135－22－5515

○苦情解決責任者　理事長 紺野 喜一郎

○第三者委員

福原 正二　☎0134－54－5975

関口 正雄　☎0134－24－4731

北嶋 恭子　☎0134－25－9552

(2) 行政機関その他の苦情解決機関

余市町役場(町民福祉課)	〒046-8546 余市郡余市町朝日町26 電話 0135－21－2120
北海道福祉サービス 運営適正化委員会 (北海道社会福祉協議会)	〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目 かでる2・7 専門電話 011－204－6310
北海道(保健福祉部)	〒060-0002 札幌市中央区北3条西6丁目 電話 011－231－4111(代表)

平成　　年　　月　　日

共同生活介護事業所に関するサービス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　　こうずみ メープル

説明職員名 サービス管理責任者 氏名 ..... 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、共同生活介護事業に関するサービスの提供および利用の開始に同意しました。

利用者住所 〒

.....

氏名 ..... 印

保護者・代理人住所 〒

.....

氏名 ..... 印