

指定障害福祉サービス重要事項説明書

◆指定共同生活援助事業所

(事業所番号 2821600075)

社会福祉法人 千鳥会

グループホーム RAVIE

指定共同生活援助 重要事項説明書

社会福祉法人 千鳥会
グループホーム RAVIE

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 千鳥会
所 在 地	兵庫県淡路市大町畠 597 番地 4
電 話 番 号	0799-62-5100
代表者氏名	理事長 笠谷 享代
設 立 年 月	平成4年4月

2. 利用施設

事業所の種類	指定共同生活援助事業所 ・ 令和5年4月1日 指定
事業所の名称	グループホーム RAVIE
事業所の所在地	兵庫県淡路市志筑1184番地2
連 絡 先	電話番号 0799-62-5070
管 理 者	粟田 啓介
サービス管理責任者	粟田 啓介
サービスの実施地域	兵庫県内
主たる対象者	知的障害者・身体障害者（肢体不自由）・精神障害者
定 員	10名
開設年月日	令和5年4月1日
事業所番号	2821600075

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	木造 1階建
	延床面積	240.54 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備考
居室	10室	全室個室
居間・食堂	1	
洗面所	1	
トイレ	2	多目的便所
風呂場	2	1つシャワーブース

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	0	1	0	0	0.5	
サービス管理責任者	1	0	1	0	0	0.5	
世話人	6	0	2	3	1	0.9	
生活支援員	1	0	1	0	0	0.8	

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	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 (8:30~17:30)
生活支援員	正規の勤務時間帯 (6:30~9:30 16:00~21:00)
世話人	

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	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。 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。 地域商店への買い物等を支援します。
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。 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、家族に連絡します。
入院等に関する支援	通院同様、家族に連絡し、入院手続きを行ってもらいます。

(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	40,000円	補足給付・家賃助成を含む
食材料費	25,500円	朝200円、夕650円
光熱水費	10,000円	
日用品費	2,000円	
合 計	73,000円	
その他	550円	昼食費（必要時のみ）

<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 (別紙1参照)

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1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、お支払い下さい。

(4) 利用料金の日割り計算

月途中からの利用請求は、当月の月日数で除して、利用日数分を乗した金額を請求します。小数点は繰上計算します。

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サービス提供の終了の日から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17:00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・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。

9. 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 栗田 啓介 ・ご利用時間 9:00~17:00 ・電話番号 0799-62-5070 ・FAX 0799-62-5077
淡路市役所 地域福祉課	・所在地：兵庫県淡路市生穂新島8番地 ・電話番号：0799-64-2510
兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	・所在地：神戸市中央区坂口通2丁目1-18 兵庫県福祉センター内 ・電話番号：078-242-6666 ・FAX：078-271-1709

(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 淡路市健康福祉部地域福祉課 ・ご利用時間 日中／夜間／休日問わず（電話のみ） ・電話番号 0799-64-2510（日中） 0799-64-0001（宿日直対応） ・FAX 0799-64-2564
------------------	--

10. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	社会医療法人社団 順心会 順心淡路病院		
医院長名	松井 祥治		
所在地	兵庫県淡路市大町下66-1		
電話番号	0799-62-7501		
診療科	内科・外科ほか	入院設備	あり

(2)

医療機関の名称	栗田歯科医院		
医院長名	栗田 隆史		
所在地	兵庫県淡路市志筑1587-13		
電話番号	0799-62-5001		
診療科	歯科	入院設備	なし

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

11. 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	<ul style="list-style-type: none">・自動火災報知機 有・ガス漏れ報知機 有・非常用電源 なし・室内防火栓 なし・カーテン等は防火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	<ul style="list-style-type: none">・別途に定める、消防計画書に則り、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	消防署への届出日： 令和7年3月 防火管理者 : 粟田 啓介
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：三井住友海上火災保険株式会社 加入保険内容：ひょうご福祉サービス総合補償制度

12. 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。

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 RAVIE 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 : グループホーム RAVIE
説明者職名 : 管理者 粟田 啓介 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援助グループホーム RAVIE 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。

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____

代理人 住所 _____

氏名 _____ 印

TEL _____