

生活介護事業所 ソーシャルハウス

サービス重要事項説明書

この説明書は、あなたに対する利用サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、生活介護事業所ソーシャルハウス（以下事業所と称す）がサービス利用の契約を希望するあなたに、ソーシャルハウスの概要や提供するサービスの内容、契約する上で注意していただきたいことについて説明するものです。

なお、このサービスを利用できるのは、市町村の支給決定を受けた方です。

1. 事業者の概要

経営事業者の名称	特定非営利活動法人ソーシャルハウス
法人所在地	群馬県高崎市上豊岡町 580 番 9
法人種別	特定非営利活動法人
事業種別	生活介護
代表者名	瀧澤 啓
法人設立年月日	平成 25 年 12 月 19 日

2. 事業の目的と運営方針

事業指定	事業指定番号 : 1010201679
事業の目的	障害者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう支援するため、事業所通所により介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等を行い、心のリフレッシュを図ると共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。
事業所の名称	ソーシャルハウス
管理者	瀧澤 啓
サービス管理責任者	相澤 みゆき
事業所の所在地	群馬県高崎市上豊岡町 580 番 9
電話番号	027-384-2282
FAX 番号	027-384-2351
事業所の運営方針	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細かな生活介護サービスの提供。
事業所開設年月日	令和 3 年 3 月 1 日
通常の事業の実施地域	高崎市、前橋市、安中市、及び富岡市
利用定員	6 名

3. 事業所の概要

(1) 事業所

構造	鉄骨造 2 階建
敷地面積	1655 m ²
延床面積	1290.61 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	面積
多目的室（食堂）	74.08 m ²
作業室	43.47 m ²
創作室	43.47 m ²
相談室	14.72 m ²
事務室	27.00 m ²
その他（洗面所、トイレ等、更衣室等）	—

(3) 職員体制

職種	員数	区分				常勤換算後の職員数
		常勤		非常勤		
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1			1		0.3
サービス管理責任者	1	1				1
生活支援員	3	1		2		2.4
看護師	1			1		0
医師	嘱託					-

※必要に応じてその他の職員を配置します。

(4) 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	8 : 00 ~ 17 : 15
サービス管理責任者	
生活支援員	
看護師	

(5) 営業日と営業時間

	事業所営業時間	サービス提供時間
月～金曜日	8：00～17：15	9：00～15：30
祝日	8：00～17：15	9：00～15：30 (希望者のみ)
土・日、年末年始、夏季、 その他事業所が休日と定めた日	休み	

4. サービスの内容

(1) 介護給付費対象サービス内容

種類	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。
訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
訪問支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。
送迎サービス	希望によりドア to ドアの送迎を行います。
日中活動	創作的活動、レクリエーション活動等、様々な活動の機会を提供します。
第三者評価	無

(2) 介護給付費対象外サービス内容

種類	内容	金額
昼食サービス	希望により食事を提供します。 1食 310円	実費
創作的活動・生産活動等	創作的活動及び生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費	実費
その他	・サービス提供記録等の複写代 1枚5円 ・証明書諸書類の発行代 ・その他	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。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。

5. 利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費によるサービスを提供した際は、事業者が介護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、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いいただきます。

なお、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。

利用料金は次表の通りです。

【21人以上 40人以下】 (1日あたり)

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2以下
利用料	1,511 単位	859 単位	605 単位	544 単位	496 単位

1 単位当たりの単価	1 単位 10.37 円
------------	--------------

<加算について>

当事業所では次の項目で該当する利用者がある場合は、上表に加えて請求しています。

■初期加算

当事業所の利用を開始した日から 30 日間は特別加算として 1 日 30 単位加算されます。

■欠席時対応加算

本人都合で欠席をした場合の加算について 1 日 94 単位、1 ヶ月につき 4 日間を上限として加算があります。

■送迎加算

送迎を利用した場合、片道 21 単位加算されます。

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「4.サービス内容 (2) 介護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) の料金は月末に計算し、ご請求します。

翌月 20 日までに指定の銀行口座にお振込ください。

金融機関名	株式会社東和銀行
店舗番号	高崎北支店 033
口座番号	普通 3070662
口座名	トクヒ) ソーシャルハウス

6. 苦情申立先

当事業所 ご利用相談窓口	窓口担当者 : 相澤 みゆき (サービス管理責任者)
	苦情解決責任者 : 瀧澤 啓 (管理者)
	ご利用時間 : 9:00 ~ 17:00 (事業所の休日を除く)
	電話番号 : 027-384-2282 ※窓口担当者が不在の場合は、「新井紳介」までお申し出ください。
市町村窓口	高崎市 障害福祉課 電話 : 027-321-1245
	前橋市 障害福祉課 電話 : 027-220-5713
	安中市 福祉課 電話 : 027-382-1111
	富岡市 福祉課 電話 : 0274-62-1511
群馬県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会	電話番号 : 027-255-6669

7. 虐待防止のための措置

当事業所は、利用者の人としての権利を守り、虐待が起こることのないようにするために、次の措置を講じています。

- ① 虐待防止に関する責任者の選定
 - ・虐待防止に関する責任者 瀧澤 啓（管理者）
- ② 苦情解決体制の整備
- ③ 職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修
- ④ 成年後見制度の利用支援

8. 協力医療機関

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。かかりつけ医師での特別な対応が必要場合はご連絡ください。

協力医療機関名 豊岡呼吸器科内科クリニック
所在地 高崎市上豊岡町 1037-1
電話番号 027-340-1159

9. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応します。
防災訓練	別途定める消防計画にのっとり年に2回避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	自動火災報知機、誘導灯、消火器
消防計画	防火管理者 : 新井 紳介

10. 利用の際に留意していただく事項

快適性、安全性等を保つため、次に掲げる事項についてご注意ください。

来訪・面会	来訪・面会時には、必ず事前にご連絡をお願いいたします。
設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。これに反した利用により破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。
喫煙	喫煙は決められた場所で行います。喫煙コーナー以外は、事業所内は禁煙です。

貴重品の管理	貴重品につきましては、利用者の責任において管理していただきます。紛失等の事故に対する責任は、当事業所で負うことはできません。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を事業所に持ち込まないようお願いいたします。
宗教・政治・営利活動	利用者の思想・信教は自由ですが、他の利用者や職員に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。
健康維持	健康診断、医療にかかる検査は特別な事情がない限りお受けください。
衛生維持	事業所内の整理・整頓・清潔・清掃を心がけ、その他環境衛生の保持にご協力ください。
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。
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はできません。
損害保険	加入無

私は、本書面にもとづいて、事業所の職員から、重要事項及びサービス利用説明書の説明を受け、指定障害福祉サービスの提供開始に同意いたします。

年 月 日

利 用 者 住 所 _____

氏 名 _____ 印

法定代理人 (保護者) 住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

当事業所は、_____様に対する生活介護サービスの提供にあたり、上記の通り重要事項及びサービス利用説明書について説明し交付しました。

年 月 日

事 業 所 住 所 群馬県高崎市上豊岡町 580 番 9 _____

非営利活動法人ソーシャルハウス

名 称 生活介護事業所ソーシャルハウス _____

説明者 _____ 印