

社会福祉法人 稚内市社会福祉事業団
外部サービス利用型指定共同生活援助事業重要事項説明書
(共同生活援助事業所スマイルらいふ)

本重要事項説明書は、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条及び第77条の規定に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※本事業所では、利用者に対して外部サービス利用型指定共同生活援助サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として訓練等給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. サービスの目的・運営方針	2
4. サービスに係る施設・設備等の概要	2～3
5. 職員の配置状況	3～4
6. 職員の勤務体制	4
7. サービス提供の内容	4～5
8. 利用料金	5～6
9. 利用者の記録及び情報の管理等	6～7
10. 虐待防止の措置	7
11. 事故発生時の対応	7
12. 緊急時の対応	7
13. 要望・苦情等の受付について	7～8
14. 非常災害時の対応	8
15. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項	8
16. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等	8

社会福祉法人稚内市社会福祉事業団
共同生活援助事業所 スマイルらいふ
当事業所は北海道の指定を受けています。
(北海道指定 第 0126700608 号)

1. 事業者

名 称	社会福祉法人稚内市社会福祉事業団
所 在 地	北海道稚内市富士見5丁目1178番地の1
電 話 番 号	0162-28-1060
代表者氏名	理事長 梅村 俊範
設 立 年 月	平成元年3月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定施設・平成23年8月31日指定 第0126700608号
事業の名称	共同生活援助事業所 スマイルらいふ
事業の目的	外部サービス利用型指定共同生活援助事業
事業所の所在地	北海道稚内市富士見5丁目1179番地の1
連 絡 先	電話番号 0162-28-1224 ファックス 0162-28-1226
施 設 長	満保 和吉
管 理 者	満保 和吉
サービス管理責任者	品田 佳志重
主たる対象者	身体障害者
定 員	15名
サービスの実施地域	稚内市
開設年月日	平成23年9月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	事業者は、利用者に対し、地域における生活を支援し、必要な障害者総合支援法に基づくグループホームサービスを適切に提供することを目的といたします。
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

《 あまね 》

所 在 地	稚内市恵比須1丁目2番28号	
連 絡 先	0162-22-0020	
構 造	木造亜鉛メッキ鋼板葺2階建	
敷地面積	226.38㎡	
延べ床面積	121.05㎡	
設 備	室数及び箇所数	備 考
居 室	5室	全室個室です。

食堂・居間	1室	
洗面所	2箇所	1階と2階
トイレ	2箇所	1階と2階
浴室	1室	

《 ひより 》

所在地	稚内市恵比須3丁目2番8号	
連絡先	0162-22-0001	
構造	木造亜鉛メッキ鋼板葺2階建	
敷地面積	153.78㎡	
延べ床面積	139.40㎡	
設備	室数及び箇所数	備考
居室	5室	全室個室です。
食堂・居間	1室	
洗面所	2箇所	1階と2階
トイレ	2箇所	1階と2階
浴室	1室	

《 ほのか 》

所在地	稚内市恵比須3丁目2番8号	
連絡先	0162-22-0002	
構造	木造カラー鉄板長尺葺2階建	
敷地面積	373.02㎡	
延べ床面積	132.49㎡	
設備	室数及び箇所数	備考
居室	5室	全室個室です。
食堂・居間	1室	
洗面所	2箇所	1階と2階
トイレ	2箇所	1階と2階
浴室	1室	

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. 職員の配置状況

職種	員数	常勤		非常勤	
		専従	兼務	専従	兼務
施設長	1		1		
サービス管理責任者	1		1		

世話人	5		1	4	
事務員	1		1		

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。

6. 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管理者	8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0
サービス管理責任者	日勤 8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0
	遅番 9 : 4 5 ~ 1 8 : 3 0
世話人	1 2 : 3 0 ~ 1 8 : 3 0
事務員	8 : 4 5 ~ 1 7 : 3 0

7. サービス提供の内容

(1) 訓練等給付費対象サービスの内容

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。ただし、食材料費と調理に係る光熱水費は各自ご負担いただきます。
活 動 支 援	地域行事等への参加を促し、余暇活動の充実を支援します。
健 康 管 理	世話人等により心身の健康状態の把握、疾病予防に努め、検診等を受けるよう促します。ただし、検診等にかかる費用については、各自ご負担いただきます。 また、緊急時必要により、協力医療機関等に責任をもって引き継ぎます。
体験利用提供	一時的に体験的な利用が必要と認められる者に対する前各号に掲げるサービスの提供（以下、「体験利用」という。）

(2) 訓練等給付費対象外サービスの内容

サービスの種類	サービスの内容	金 額	体験利用の金額
家 賃	あまね・ひより・ほのか	30,000 円	1 日 1,000 円
食 費	朝 食	※1 300 円	1 食 300 円
	昼 食	※1 300 円	1 食 300 円
	夕 食	※1 400 円	1 食 400 円

共益費	光熱水費	暖房・給湯・調理に係る経費	実費	※2 1日 夏期 400円 冬期 600円
	日用品費その他の日常生活に係る経費		実費	1日 100円
外出支援		本人の希望により付き添い(送迎も含む)をした場合	2時間ごと 1,000円	2時間ごと 1,000円
通院等に関する支援		市内	1回 800円	1回 800円
		新型コロナウイルス感染が疑われる場合の通院については、希望があれば受診予約、タクシーの手配までを行います。原則ご家族またはご本人でお願いします。高熱や強い倦怠感が続くなど重篤な症状がある場合は「12. 緊急時の対応」とし、この限りではありません。ただし、職員の配置状況によってはご希望に添えない場合があります。		
		市外の通院に関しましては、ご家族でお願いします。付き添いが出来ない場合は職員が行いますが、当事業団旅費規程に基づいた金額をご負担いただきます。		
行政機関の代行		利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	無料	無料
予防接種等		予防接種等、当事業所が必要だと判断した予防接種については受けていただきます。	実費	実費
その他		サービス提供記録等の複写。ただし、その都度かかる費用をいただきます。	1枚 10円	1枚 10円

※1 1か月ごとに精算し、実費額を請求いたします。※2 夏期4月～9月、冬期10月～3月です。

<サービスの概要>

全てのサービスは、「外部サービス利用型共同生活援助計画」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「外部サービス利用型共同生活援助計画」の写しは利用者に交付いたします。

8. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

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・下記の図）のうち9割が訓練等給付費の給付対象となります。事業者が訓練等給付費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。

サービス名	1日当たりの金額
外部サービス利用型共同生活援助サービス費（Ⅰ型）	1,710円
〃（Ⅱ型）	1,150円
〃 体験利用（Ⅲ型）	2,730円
夜間支援等体制加算（Ⅲ）	100円
帰宅時支援加算（イ）	1,870円
帰宅時支援加算（ロ）	3,740円
入院時支援特別加算（イ）	5,610円
〃（ロ）	11,220円
人員配置体制加算（XⅢ）	730円
人員配置体制加算（XⅣ）	280円
福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	1月につき+所定単位×211/1000
〃（Ⅱ）	1月につき+所定単位×208/1000
〃（Ⅲ）	1月につき+所定単位×192/1000
〃（Ⅳ）	1月につき+所定単位×152/1000

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「7. サービス提供の内容（2）訓練等給付費対象外サービスの内容」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。

お支払い方法は、原則として稚内信用金庫口座からの引き落としとさせていただきます。ただし、特別の事情による場合は、施設窓口払いまたは施設指定口座への振り込みとさせていただきます。

期日までに、入金の確認ができない場合は、当事業所より連絡させていただきますので、速やかに直接利用料金をお支払い下さい。

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会議や、他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院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。

* 閲覧、複写ができる窓口業務時間 月曜日～金曜日（祝祭日を除く）

9：00～17：00

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそつた対応を行います。

ただし、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）を得て情報提供を致します。

10. 虐待防止の措置

利用者の人権の擁護、虐待の防止等に関する必要な体制を整備するとともに、従業者に対して定期的な研修の実施や関連情報の提供を行い、不適切支援及び虐待の定義等を理解させ、虐待防止の徹底と利用者の尊厳保持に努めます。また、従業者等による利用者に対する虐待があったと思われる場合、又はあった場合は速やかに事実調査を行い実態把握に努め、適切に対処します。

11. 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合には、ご家族、市町村、関係機関等への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故の状況や事故に際して執つた処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

12. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに協力医療機関へ受診しご家族への連絡等を行います。

協力医療機関	医療機関名：市立稚内病院 所在地：稚内市中央4丁目11番6号 電話番号：0162-23-2771
	医療機関名：遠藤歯科クリニック 所在地：稚内市萩見5丁目33番8号 電話番号：0162-34-1919

13. 要望・苦情等の受付について

(1) 当事業所における要望・苦情等受付先

利用相談窓口	・窓口担当者 サービス管理責任者 品田 佳志重 ・ご利用時間 月曜日～金曜日（祝祭日を除く） 9：00～17：00 ・電話番号 0162-28-1224 ・F A X 0162-28-1226
苦情受付窓口	サービス管理責任者 品田 佳志重

苦情解決責任者	管理者 満保 和吉	
第三者委員	稲川 稔	当法人監事
	佐々木良子	学識経験者

(2) 行政機関その他における要望・苦情等受付

稚内市役所 社会福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：稚内市中央3丁目13番15号 ・電話番号：0162-23-6453 ・FAX：0162-23-4038
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：札幌市中央区北2条西7丁目かでの2.7 ・電話番号：011-204-6310 ・FAX：011-204-6311

1.4. 非常災害時の対応

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・防犯設備	<ul style="list-style-type: none"> ・以下の設備を設置しています。 自動火災報知設備 誘導灯 スプリンクラー 消火器 消防機関へ通報する火災報知設備 防犯カメラ ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。
平時の訓練	・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 2年 4月 1日 防火管理者：品田 佳志重
保険加入	事故・災害に備えて、保険に加入しています。 ・加入保険会社名：損害保険ジャパン日本興亜株式会社

1.5. 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	各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。
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。
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。

1.6. 利用者等の意見を把握する体制、第三者による評価の実施状況等

アンケート調査、意見箱等入居者等の意見を把握する取組	あり
----------------------------	----

第三者による評価の実施状況		なし
実施した年月日	実施した評価機関の名称	当該結果の開示状況
なし	なし	なし

年 月 日

外部サービス利用型指定共同生活援助事業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：共同生活援助事業所スマイルらいふ

説明者職氏名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から外部サービス利用型指定共同生活援助事業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

代理人住所：

氏 名：

続 柄：