

重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

共同生活援助事業所 ゆうしゃいん庄原

共同生活援助事業所ゆうしゃいん庄原 重要事項説明書

あなたに対する共同生活援助サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて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 優輝福祉会
所 在 地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
電 話 番 号	0824-43-3121
代表者氏名	理事長 森重 利夫
設 立 年 月	平成2年12月13日

2. 利用施設

事業所の名称 (事業所番号)	共同生活援助事業所 ゆうしゃいん庄原 (3422100028)
事業所の所在地	〒727-0007 広島県庄原市宮内町6353番地1
連 絡 先	電話番号 0824-75-0310 ファックス 0824-73-1050
定 員	8名
開設年月日	平成23年5月1日
管 理 者	森重 利夫
サービス管理責任者	木野戸 由起子
サービスの実施地域	庄原市、三次市、府中市、神石高原町
主たる対象者	知的障害者、身体障害者、精神障害者

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	必要なときに必要な援助を提供し、地域との結びつきを重視し他の社会資源との連携に努め、関係法令を遵守します。

4. サービスに係る設備の概要

	部屋数	備 考
居 室	8室	全室個室
居 間	1	

食 堂・共同台所	1	
便 所	共用2、個室6	個室完備6
浴 室	1	
洗面所	共用1、個室8	全室完備
冷暖房	8	全室完備

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設備を設置しています。

5. サービス提供職員の配置状況及び勤務体系等

令和6年4月1日現在

職 種	員 数	勤 務 体 系
管理者	1	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
サービス管理責任者	1	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
世話人	8	主な勤務時間帯（7：00～15：30）
生活支援員	2	（8：30～17：00）（11：30～20：00）
夜間支援員	15	18：00～7：00

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. 営業日と営業時間

営業日：毎日

営業時間：24時間

7. サービス提供の内容

(1) 介護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・入浴・排せつ	食事・入浴・排せつ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。季節による衣替え、整理、整頓に関する援助を行います。
活動支援	地域行事への参加促進。地域商店への単独買い物等を支援し、自主性を育てます。

健康管理	<p>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。</p> <p>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。(付き添い料がかかる場合があります。)</p>
入院等に関する支援	職員が家族等に代わって入院期間中の支援を行います。但し、入院時支援加算の算定内とします。

(2) 介護給付費対象外サービス内容

	サービスの内容	金額
食事サービス	<p>希望により食事の提供をします。 (朝食7:30～、昼食12:00～、夕食18:30～) ※低所得者の場合、軽減措置適用の場合もあり。 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、手作りの食事を提供します。</p>	<p>朝食300円/日 昼食600円/日 夕食600円/日</p>
家賃		35,000円/月
光熱水費		実費
金銭管理		1,000円/月
洗濯代		100円/回
日常生活上必要となる諸経費	利用者の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。	実費
社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、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
その他	サービス提供記録等の複写代	10円/枚
敷金	退去する際、原状回復に要する費用もしくは残債務が発生した場合には、その金額を差し引いた後返還します。原状回復に係る費用が敷金を超えた場合は、追加費用を請求します。残債務が敷金を超過した場合は差額費用を請求します。	30,000円 (入居時一時預かり)

<サービスの概要>

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、利用者に対し説明を行い、同意（記名捺印）をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者には交付いたしません。

8. 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、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9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る（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いただきます。

なお、応能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。

介護給付費から給付されるサービス (10円/単位) (1日につき)

報酬単価の算定要件		単位数	
	共同生活援助サービス費(I) (6:1) 各支援区分に応じて基本単位を算定します。		
<input type="checkbox"/>	区分6	600	単位
<input type="checkbox"/>	区分5	456	単位
<input type="checkbox"/>	区分4	372	単位
<input type="checkbox"/>	区分3	297	単位
<input type="checkbox"/>	区分2	188	単位
<input type="checkbox"/>	区分1以下	171	単位
	共同生活援助サービス費(II) (体験利用)		
<input type="checkbox"/>	区分6	717	単位
<input type="checkbox"/>	区分5	569	単位
<input type="checkbox"/>	区分4	481	単位
<input type="checkbox"/>	区分3	410	単位
<input type="checkbox"/>	区分2	290	単位
<input type="checkbox"/>	区分1以下	27	単位
<input type="checkbox"/>	共同生活援助サービス費(IV) 体験利用の受け入れ 各支援区分に応じて基本単位を算定します。利用定員が8名以上の場合大規模居住等減算として減算します。	基本単位 ×95/100	単位
<input type="checkbox"/>	世話人又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が算定の適用をされる月から2月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 ×70/100	単位
<input type="checkbox"/>	世話人又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が3月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 ×50/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が減算適用される月から4月目まで状態が発生した際減算します。	基本単位 ×70/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が5月以	基本単位	

	上連続して減算の状態が発生した際減算します。	×50/100	単位
<input type="checkbox"/>	共同生活援助計画等が作成されていない場合が減算適用される月から2月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 ×70/100	単位
<input type="checkbox"/>	共同生活援助計画等が作成されていない場合が3月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 ×50/100	単位
<input type="checkbox"/>	身体拘束等の適正化を図るため、身体拘束等に係る記録をしていない場合に減算します。	利用者全員について 5単位減算/1日	
<input type="checkbox"/>	退居後共同生活援助サービス費 (退居後)(退居後、3月を限度) 利用者が世話人等の支援を受けながら、地域の集合住宅、一戸建て住宅において複数人で共同生活する場や支援サービスを国から指定受けている場合に算定します。	1月につき 2,000	単位
<input type="checkbox"/>	退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費 (退居後)(退居後、3月を限度)	1月につき 2,000	単位
<input type="checkbox"/>	高次機能障害者支援体制加算 高次機能障害に関する研修を受講した常勤の相談支援専門員を配置している場合に算定します。	41	単位
<input type="checkbox"/>	ピアサポート実施加算 指定のピアサポート研修を修了した障害や難病のある・または過去に合った職員などを配置し、ピアサポートとして支援を実施した場合に算定します。	1月につき 100	単位
<input type="checkbox"/>	退居後ピアサポート実施加算 地域生活や就労を継続する上での不安の解消、生産活動の実施に向けた意欲の向上などへの支援を充実させるためピアサポートによる支援を実施した場合に算定します。	1月につき 100	単位
<input type="checkbox"/>	夜間支援等体制加算(Ⅱ)8人 夜間支援対象利用者8人の場合算定します。	56	単位
<input type="checkbox"/>	医療的ケア対応支援加算 医療的ケア児者に対してサービスを実施し、看護職員を必要とされる数以上を配置している場合に算定します。	120	単位
<input type="checkbox"/>	重度障害者支援加算(Ⅰ) 区分6であって重度障害者等包括支援の対象者に対して、より手厚いサービスを提供するため従業者を加配するとともに一部の従業者が一定の研修を修了した場合に算定する。	360	単位
<input type="checkbox"/>	重度障害者支援加算(Ⅱ)	180	単位

	区分4以上であって重度障害者等包括支援の対象者に対して、より手厚いサービスを提供するため従業者を加配するとともに一部の従業者が一定の研修を修了した場合に算定します。		
□	日中支援加算		
	(Ⅰ)高齢又は重度(65歳以上又は障害支援区分4以上)の利用者が住居以外で過ごすことが困難である時、当該利用者に対して日中に支援を行った場合に算定します。		
	(Ⅱ)利用者が心身の状況等により日中活動サービス等を利用することができない時に、当該利用者に対し、日中に支援を行った場合に算定します。		
	日中支援加算(Ⅰ)日中支援対象利用者1人	539	単位
	日中支援加算(Ⅰ)日中支援対象利用者2人以上	270	単位
	日中支援加算(Ⅱ)日中支援対象利用者1人 区分4、5、6	539	単位
	日中支援加算(Ⅱ)日中支援対象利用者1人 区分3以下	270	単位
	日中支援加算(Ⅱ)日中支援対象利用者2人以上 区分4、5、6	270	単位
	日中支援加算(Ⅱ)日中支援対象利用者2人以上 区分3以下	135	単位
□	集中的支援加算		
	状態が悪化した強度行動障害者を有する児者への集中的支援を行った場合に算定します。		
	集中的支援加算(Ⅰ)(月4回を限度)	1,000	単位
	集中的支援加算(Ⅱ)	500	単位
□	自立生活支援加算(Ⅰ)(6月を限度に1月につき)	1,000	単位
□	自立生活支援加算(入居中2回、退居後1回を限度として、500単位を加算)	1回につき 500	単位
	退居後の相談支援を評価し入居中に2回まで、退居後1回まで算定します。		
□	入院時支援特別加算(月1回を限度) イ)入院期間が3日以上7日未満		
	当該月における家族等の居宅等における入院期間(入院の初日及び最終日を除く)の日数の合計が3日以上7日未満の場合若しくは入院期間が7日以上の場合月1回限度とし算定します。	月1回につき 561	単位
		月1回につき 1,122	単位
□	帰宅時支援加算(月1回を限度) イ)外泊期間が3日以上7日未満		
	当該月における家族等の居宅等における外泊期間(外泊の	月1回につき	

	初日及び最終日を除く) の日数の合計が 3 日以上 7 日未満の場合若しくは外泊期間が 7 日以上の場合月 1 回限度とし算定します。	187 月 1 回につき 374	単位
<input type="checkbox"/>	長期入院時支援特別加算 家族等から入院に係る支援を受けることが困難な利用者が病院等への入院を要した場合、共同生活援助事業所の世話人等が、共同生活援助計画に基づき、当該利用者が入院している病院等を訪問し、当該病院等との連絡調整及び被服等の準備その他の日常生活上の支援を行った場合に 1 月の入院期間(入院の初日及び最終日を除く)の日数が 2 日を超える場合に当該日数を超える期間について算定します。但し、入院時支援特別加算が算定される月は算定しません。	122	単位
<input type="checkbox"/>	長期帰宅時支援加算 共同生活援助計画に基づき家族等の居宅等において外泊した場合に 1 月の外泊期間(外泊の初日及び最終日を除く)の日数が 2 日を超える場合に、当該日数を超える期間について、1 日につき算定します。	40	単位
<input type="checkbox"/>	地域生活移行個別支援特別加算 特定の利用者に対してサービスを実施し、職員の資格や研修などの体制を満たしている場合に算定します。	670	単位
<input type="checkbox"/>	精神障害者地域移行特別加算 精神病院等に 1 年以上入院していた精神障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助を精神保健福祉士、社会福祉士等が実施することを評価し算定します。	300	単位
<input type="checkbox"/>	強度行動障害者地域移行特別加算 障害児者支援施設に 1 年以上入居していた強度行動障害者に対して、地域で生活するために必要な相談援助を強度行動障害支援者養成研修修了者等が実施することを評価し算定します。	300	単位
<input type="checkbox"/>	医療連携体制加算 医療機関との連携等により看護師による、日常的な健康管理を行ったり、医療ニーズが必要となった場合に適切な対応が取れる等の体制を整備している場合に算定します。		
	医療連携体制加算(Ⅰ) 医療的ケアを必要としない利用者に 1 時間未満	32	単位
	医療連携体制加算(Ⅱ) 医療的ケアを必要としない利用者に 1 時間以上 2 時間未満	63	単位
	医療連携体制加算(Ⅲ) 医療的ケアを必要としない利用者に 2 時間以上	125	単位
	医療連携体制加算(Ⅳ) (1) 利用者が 1 人 医療的ケアを必要とする場合	800	単位

	医療連携体制加算(Ⅳ)(2)利用者が2人 医療的ケアを必要とする場合	500	単位
	医療連携体制加算(Ⅳ)(3)利用者が3人以上8人以下 医療的ケアを必要とする場合	400	単位
	医療連携体制加算(Ⅴ) 利用者数で按分した単位数を算定	500	単位
	医療連携体制加算(Ⅵ)	100	単位
	医療連携体制加算(Ⅶ)	39	単位
<input type="checkbox"/>	通勤者生活支援加算	18	単位
	利用者に対して、調整や相談・助言及び金銭管理について日常生活の支援を行っている場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	障害者支援施設等感染対策向上加算		
	医科診療報酬点数表の感染対策向上加算の届出を行った医療機関から、施設内で感染者が発生した場合の感染制御等の実地指導を受けた場合に算定します。		
	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅰ)	1月につき10	単位
	障害者支援施設等感染対策向上加算(Ⅱ)	1月につき5	単位
<input type="checkbox"/>	新興感染症等施設療養加算(月5回を限度)	240	単位
	新興感染症等の発生時に施設内療養を行う場合、感染拡大に伴う病床ひっ迫時の対応として、必要な体制を確保した上で施設内療養を行うことに対し、適切な感染対策を行っていることなどの要件を設ける場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)	総単位数	×加算率(14.4%) 単位
	1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の14.4%を算定します		
	福祉・介護職員等を中心とした従業員の処遇改善を図るための費用となります。		

(2) 介護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) 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) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し(キャンセル)する場合は、利用予定日の1日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の1日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料(食費の実費相当額)	朝食300円 昼食600円 夕食600円
------------------	----------------------------

(4) 利用料金とお支払方法

月ごとの包括料金としてご請求いたしますが、お支払方法は、前記(1)(2)(3)の料金は月ごとに包括料金としてご請求します。尚、1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は利用日数に基づいて計算した金額となります。お支払方法は翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

- ① 当事業所窓口での現金支払い
- ② 金融機関口座からの口座振替

※ご利用できる金融機関：郵貯銀行、広島みどり信金

<利用者負担の減免について>

(1) 月ごとの利用者負担は応能負担として、家計の負担能力やその他の事情を斟酌して政令で定めた月額負担上限額（但し、負担能力に於いて設定される月額負担上限額よりもサービスに係る費用の1割に相当する額の方が低い場合には、当該1割に相当する額）として設定されます。

(2) 特定障害者特別給付費（補足給付）の支給

生活援助・低所得1・2の方を対象として家賃の実費負担を軽減するための補足給付が支給されます。補足給付費は家賃を助成対象として1人あたり月額1万円を上限とされています。

9. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。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は、午前8：30～午後5：00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、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町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。

10. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： _____ 診療科： _____ 主治医： _____ 所在地： _____ 電話番号： _____
緊急連絡先①	住所： _____ 電話番号： _____ 携帯電話： _____ 氏名： _____ 続柄： _____
緊急連絡先②	住所： _____ 電話番号： _____ 携帯電話： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

11. 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・虐待等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情・虐待窓口担当者：木野戸 由起子 ・ 苦情・虐待解決責任者：森重 利夫 ・ ご利用時間：8：30 ～ 17：00 ・ 電話番号：0824-75-0310 ・ F A X：0824-73-1050 ・ 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
第三者委員	上杉千恵美 電話番号0824-73-0559 歌手
	奥 易之 電話番号0824-88-2548 無職
	宮崎 文隆 電話番号0824-66-2317 団体役員
庄原市役所 社会福祉課障害者福祉係	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地：広島県庄原市中本町1丁目10-1 ・ 電話番号：0824-73-1210
広島県運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・ 所在地：広島県広島市南区比治山本町12-2 ・ 電話番号：082-254-3419 ・ F A X：082-569-6161

12. 協力医療機関

医療機関の名称(1)	高場クリニック
医 院 長 名	高 場 憲 夫
所 在 地	三次市三良坂町三良坂877-5
電 話 番 号	0824-44-2057
診 療 科	内科

医療機関の名称(2)	庄原赤十字病院
医 院 長 名	中 島 浩 一 郎
所 在 地	庄原市西本町2-7-10
電 話 番 号	0824-72-3111
診 療 科	外科、整形外科、内科ほか

医療機関の名称(3)	金子歯科医院
医 院 長 名	金 子 昌 平
所 在 地	三次市吉舎町三玉508-1
電 話 番 号	0824-43-2171
診 療 科	歯科

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	別途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。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・消火器 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。
消防計画	消防署への届出日：平成29年12月 1日 防火管理者：佐々木 諭
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：株式会社 損害保険ジャパン 加入保険内容：社会福祉施設総合損害補償

14. 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	事業所内の設備、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	全館禁煙です。
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貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。
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。
職員に対する暴力行為等	職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）及び職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）は、厳に慎んでください。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス共同生活援助事業所ゆうしゃいん庄原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。

事業者名：社会福祉法人 優輝福祉会
事業者住所：広島県三次市吉舎町吉舎606番地
事業所名：共同生活援助事業所ゆうしゃいん庄原
代表者氏名：理事長 森重 利夫 印

説明者職名：_____ 氏名_____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者福祉サービス共同生活援助事業所ゆうしゃいん庄原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

(代筆者)
住所：_____

氏名：_____ 印

続 柄：_____

(代筆理由：_____)

(代理人又は立会人)
住所：_____

氏名：_____ 印

続 柄：_____