指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所 オリーブ梅名 利用重要事項説明書

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当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1 事業者の概要

経営事業者の名称	社会福祉法人 静和会
法人所在地	静岡市駿河区丸子 3000-1
法人種別	社会福祉法人
代表者名	理事長 寺門 厚彦
電話番号	054-257-6515
メールアドレス	qqcg8ua9k@jasmine.ocn.ne.jp
法人設立年月	平成元年 7 月

2 利用施設

事業の種類	指定共同生活援助事業	平成 26 年 4 月 1 日 指定
事業の名称	オリーブ梅名	事業所番号
事業所の所在地	三島市梅名 582-2	
連絡先	電話 055-977-2233	ファックス 055-977-2240
管理者	施設長 森川 冬樹	
サービス管理責任者	施設長 森川 冬樹	
サービスの実施地域	駿東田方保健福祉圏域	
主たる対象者	知的障害者（男性）	
定員	入居者 4 人	
開設年月日	平成 26 年 4 月 1 日	

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事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入浴、排泄及び食事等の介護、相談その他日常生活上の支援を行なう。
運営方針	日常生活における援助等を行うことにより、利用者の自立生活を助長し、独立生活の支援を行う。

4 施設の概要

(1) 施設

建物	構造	木造平屋
	延べ床面積	250.91 m ²
	利用定員	4 人

(2) 居室

居室の種類	室数	面積	一人当り面積	備考
101	2室	28.15㎡	28.15㎡	洋室6畳、和室4.5畳、バス・トイレ・ミニキッチン
102	2室	28.15㎡	28.15㎡	洋室6畳、和室4.5畳、バス・トイレ・ミニキッチン
103	2室	28.98㎡	28.98㎡	洋室6畳、和室4.5畳、バス・トイレ・ミニキッチン
104	2室	30.63㎡	30.63㎡	洋室6畳、和室4.5畳、バス・トイレ・ミニキッチン

(3) 主な設備

当施設では、居室以外に下記の施設・設備をご利用いただくことができます。

これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

居室の種類	室数	設備	備考
居間	1室	冷暖房	
トイレ	1室		

5 サービス提供職員の配置状況

職種	員数	区分				常勤換算	備考
		常勤		非常勤			
		専従	兼任	専従	兼任		
管理者	1人		1人				
サービス管理責任者	1人		1人				
生活支援員	2人		1人	1人	1.0人		
世話人	1人	1人			1.0人		
事務	1人		1人				

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…

職員それぞれの週の勤務延べ時間数を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。

(1) 各職種の勤務体系

職種	勤務体制
管理者	8：30～17：30 途中休憩有り
サービス管理責任者	8：30～17：30 途中休憩有り
生活支援員	7：30～19：30 途中休憩時間有り
世話人	7：30～19：30 途中休憩時間有り
事務	8：30～17：30 常勤で勤務（梅名の里事務所）

(2) 営業日

営業日：一年を通して休み無し

6 支援サービスの概要

(1) 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、援助等を行ないます。
支 援	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支援を行ないます。 (日常生活支援・社会適応支援等)
介 護	利用者の状況に応じた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ないます。
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、記録を行ないます。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ないます。

(2) 給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
住居サービス	家賃（10,000は補足給付として当該市町村が負担するため実質は35,000/月となります）	35,000円/月
食事サービス	朝食・夕食 ※低所得者の軽減措置適用の場合あり 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ食事を提供します。	30,000円/月
光熱水費	利用者に快適な環境を提供するための費用をいただきます。 共有部分の光熱水費 5,000/月程度 自己所有部分の光熱水費 15,000/月程度 ※利用される方の状況により増減します。	20,000円/月 使用頻度により増減あり
創作活動・及び生産活動等	創造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係る費用をいただきます。 ○日用品費 ○保健衛生費 ○教養娯楽費	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なうことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費
送迎等サービス	一時帰省・通院・買物等	実費
そ の 他	○サービス提供記録の複写代 ○証明書書類の発行代	20円/ (A4 1枚につき)

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行なわれます。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) 給付費対象サービス内容の料金

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割が給付費の給付対象となります。事業者が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割の額を事業所にお支払いいただきます。（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) 給付費対象外サービス内容の料金

上記「6 サービス提供内容（2）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直し料金

利用者がサービス利用の取り直し（キャンセル）する場合は、事前に（キャンセルの日の1週間前）までに当事業所までお申し出ください。

尚、食事についてはキャンセルの申し出のない場合は、キャンセル料をいただきます。

キャンセル料（食事代）	実費
-------------	----

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)(3)の料金は1ヶ月ごと計算し、翌月10日頃までにご請求しますので、翌月27日（土日の場合は後ろにおくる）に口座引落しができるよう準備をお願いします。

〈例〉 当月分利用料金⇒翌月10日頃請求書、27日口座引落し

8 利用者の記録及び情報の管理

(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。

(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せん。但し、サービス提供を行な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）に基づき情報提供いたします。

9 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等を行いません。

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： 氏名： 続柄：
緊急連絡先②	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

10 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 相 談 窓 口	窓口担当職員: サービス管理責任者 森川 冬樹 ご利用時間: 8時30分～17時まで 電話 番 号: 055-977-2233 FAX 番 号: 055-977-2240 ※担当者が不在の場合時は、事業所事務所までお申し出ください。
法人第三者委員会	
三島市役所障害福祉課	所 在 地: 三島市北田町 4-47 電 話 番 号: 055-983-2612
静岡県東部健康福祉センター福祉課障害者係	所 在 地: 沼津市高島本町 1-3 電 話 番 号: 055-920-2081
運営適正化委員会	所 在 地: 静岡市駿府町 1-70 県総合福祉会館内 電 話 番 号: 054-653-0840 FAX 番 号: 054-653-0840

(2) 虐待防止に関する相談窓口

窓口担当職員: サービス管理責任者 森川 冬樹	
虐待防止に関する 相 談 窓 口	ご利用時間: 8時30分～17時まで 電 話 番 号: 055- FAX 番 号: 055- ※担当者が不在の場合時は、事業所事務所までお申し出ください。

11 協力医療機関

医療機関の名称	内科・外科 : 精神科 : 歯科 : 眼科 : 耳鼻科 : 皮膚科 :
---------	--

12 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「オリーブ梅名消防計画」により、対応いたします。
平常時の訓練	別途定める「オリーブ梅名消防計画」にのっとり年12回夜間および昼間を想定した避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防 災 設 備	・自動火災報知器 ・誘導灯 ・消火器 ・非常用電源 ※カーテン、クロス等は防災性のあるものを使用しております。
消 防 計 画 等	消防署への届出日: 令和6年4月1日 防火責任者: 森川冬樹
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: あいおい損保 加入保険内容: 損害賠償保険

13 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

嘱託医師及び協力医療機関以外の医療機関への受診	より専門科への受診が必要と判断された場合は、受診が継続になる場合や遠方への受診等は、ご家族により対応していただきます
居室・設備・器具の利用	施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙・飲酒	全館禁煙です。飲酒は可能ですが、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。
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頂きます。自己管理のできない利用者につきましては、ご相談下さい。
宗教活動・政治活動・営利活動	利用者の思想、信教は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動および営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込み及び飼育についてはご遠慮ください。

令和 年 月 日

当事業所は、共同生活援助事業サービス利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名：指定共同生活援助（介護サービス包括型）事業所オリーブ梅名

説明者職名：サービス管理責任者 氏名：森川冬樹 印

私は、本書面に基づいて事業者から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： _____

利用者氏名： _____ 印

代理人住所： _____

代理人氏名： _____ 印 代理人続柄： _____