

共同生活援助「日進の丘」重要事項説明書

あなたに対する共同生活援助の提供開始に当たり、当事業所があなたに説明すべき重要事項は次のとおりです。

1 事業者の概要は、次のとおりです。

事業者	名称	有限会社 チェリッシュ企画
	所在地	〒468-0051 名古屋市天白区植田2-202 2F
	法人種別	営利法人
	代表者名	石川千壽子
事業所	電話番号	052-804-0755
	名称	日進の丘
	所在地	
	定員	7人
事業の目的	電話番号	
	事業の目的	有限会社チェリッシュ企画が開設する共同生活援助事業所（以下「事業所」という。）が行う障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）に規定する共同生活援助事業（知的障害者、精神障害者、身体障害者）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が居宅支給決定を受けた利用者に対し、適正な共同生活援助事業を提供することを目的とする。
運営の方針		<p>1 事業所の従業者は、利用者が自立を目指し、地域において共同して日常生活を営むことができるよう、その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食事の提供、相談その他の日常生活上の援助を行うものとする。</p> <p>2 事業所の従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ってサービスの提供を行う。</p> <p>3 事業の実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の居宅支援事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。</p>
虐待防止		<p>事業者は、障害児の人権の擁護・虐待の防止のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、その従業者に対し研修を実施する等の措置を講ずるよう努めるものとする。</p> <p>虐待防止責任者 石川 怜</p>

2 事業所の職員体制は次のとおりです。

職種	従事するサービスの種類	人員
管理者	事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元的に行う。	兼務 1名
サービス管理責任者	個別支援計画の作成、継続的なサービス管理及び評価を行う。	兼務 1名
世話人	共同生活介護・共同生活援助の提供にあたる。	2名
生活支援員	利用者に対して、入浴、排泄又は食事の介護等を行う。	6名
夜間支援従業者	夜間の防犯、防災等利用者の安全を確保する。	兼務 6名

3 共同生活介護・共同生活援助サービスの内容は次のとおりです。

サービス内容	利用者に対する相談、食事の提供、健康管理・金銭管理の援助、余暇活動の支援、緊急時の対応、職場等との連絡・調整、財産管理
--------	---

4 管理者は、次のとおりです。

(1) 氏名ー池尾 美佐子 連絡先ー日進の丘 電話番号 052-800-0202

5 利用者負担金については、次のとおりです。

- (1) 指定障害福祉サービスを提供した場合の利用料の額は、告示上の額とし、当該指定障害福祉サービスが法定代理受領サービスであるときは、市町村が定める利用者負担額の支払を受けるものとする。ただし、当該サービス提供を行った月に他の事業所による障害福祉サービスの提供があった場合には、各事業所が受け取る利用者負担額の合計が市町村の定める利用者負担額をこえないよう調整した額の支払いを受けるものとする。

(2) 法以外のサービスに係る費用

	ご負担額
食費	朝食300円 昼食500円 夕食600円 食数に応じて計算
部屋代	月額 35,000円
水道光熱費	月額 10,000円
日用品費	月額 11,000円
電気製品持込み代	テレビ 月額2,500円 エアコン 月額2,500円
旅行積立金	月額2,000円
健康診断に係る費用	実費
おむつ等必要不可欠な物品	実費

- (3) 上記支払い方法は、サービスを提供した翌月の20日に、郵便局の口座から引き落としとなりますので宜しくお願いします。

6 サービスの中止、キャンセル料について

利用者が、サービス利用の中止をする際には、7日前までに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先 電話番号 052-804-0755

7 健康管理

- (1) 入居者は年1回、協力医療機関の支援の元で、健康診断を実施します。
- (2) 毎日、体温測定・問診等により、体調の変化に気を配ります。
- (3) 緊急を要さない傷病時には、協力医療機関への通院介助を実施します。
- (4) 日進の丘が協定を結んでいる協力医療機関は次の通りです。

名称 せんだクリニック
 住所 名古屋市天白区元植田二丁目2314-1
 電話番号 052-847-2022

8 緊急時の対応

サービスの提供にあたり、事故・体調の急変が生じた場合は、事前の打ち合わせに基づき、家族・主治医・救急機関等に連絡します。

医療機関等	名称： 主治医の氏名： 連絡先：
医療機関等	名称： 主治医の氏名： 連絡先：
緊急連絡先	氏名： 連絡先：
緊急連絡先	氏名： 連絡先：

9 相談窓口、苦情対応

(1) サービス等に対する苦情やご相談については、当事業者は、以下の専用窓口で受け付けます。

当事業者相談・苦情窓口	チェリッシュ企画 電話番号：052-804-0755 担当者 石川 千壽子
	日進の丘 電話番号：052-800-0202 担当者 池尾 美佐子

(2) 行政機関その他相談・苦情受付機関

愛知県庁 障害福祉課	名古屋市中区三の丸2丁目4番1号 愛知県庁 西庁舎 電話番号：052-961-2111
名古屋市役所 障害者支援課	名古屋市中区三の丸3丁目1番1号 電話番号：052-961-1111
愛知県運営適正化委員会	名古屋市東区白壁一丁目50番地 電話番号：052-212-5515 FAX：052-212-5514

10 非常災害対策

事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画作成し、非常災害に備えるため、定期的に避難・救出訓練を行う。

11 入居にあたっての留意事項

- (1) 従業者は、利用者に対して従業者の指示に従ってサービスの提供を受けてもらうよう指示を行う。
- (2) 従業者は、事前に利用者に対して次の点に留意するよう指示を行う。
 - 1. 気分が悪くなったときは、すみやかに申し出る。
 - 2. 入居にあたっては、別に定める入居規則を守り、他の入居者の迷惑にならないようにする。

12 主たる対象者

- (1) 知的障害者 (2) 精神障害者 (3) 身体障害者

13 加算の状況

以下の加算を届け出ております。

- ・夜間支援体制加算 (Ⅱ) ・福祉介護職員処遇改善加算 (Ⅰ)

14 第三者評価なし。

15 評価の実施状況

- ・当事業所は、第三者による評価を実施していません。
- ・当事業所は、年1回以上自己評価を実施しています。

共同生活援助の提供に際し、本書面に基づき、事業者は重要事項の説明を行い、利用者は確認しました。

令和 年 月 日

事業者 〒468-0051 名古屋市天白区植田2-202 2F
有限会社 チェリッシュ企画
代表者 石川千壽子 印

利用者 住所 _____

氏名 _____

_____ 印

・保護者 ・成年後見人 補助人・保佐人・後見人 _____