

# 重要事項説明書

( 令和 年 月 日現在 )

## 1 事業者の概要

名 称	ひなたスマイルコレクト株式会社
法 人 種 別	株式会社
法人所在地	〒 8 9 0 - 0 0 0 6 鹿児島県 鹿児島市 若葉町 1 - 3
電 話 番 号	0 9 9 - 2 9 8 - 9 6 8 3 / 0 9 9 - 2 9 5 - 6 1 0 2
代表者氏名	代表取締役 日向 カ
法人の沿革・特色	会社設立 平成29年4月21日
法人が所有する 営業所の種類・数	デイサービス ひなたの家 田上 有料老人ホーム ひなたの家 田上 デイサービス サンガーデン鹿児島 グループホーム リゾン 就業支援 ひだまりワークス

## 2 事業所の概要

事業所の名称	グループホーム リゾン
事業所の所在地	鹿児島県鹿児島市吉野町8911 - 24、-25
事業所の電話番号	TEL 0 9 9 - 2 0 2 - 3 0 2 0 / FAX 0 9 9 - 2 0 2 - 3 0 2 1
事業所番号	4 6 2 0 1 0 6 4 1 1
事業の目的	ひなたスマイルコレクト株式会社 ( 以下、「法人」という。 ) が設置するグループホームリゾン ( 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。 ) に基づく指定共同生活援助 ( 介護サービス包括型 ) の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定

	め、事業所の従業者が支給決定を受けた障害者又は障害児（以下、「利用者」という。）に対し適切な指定共同生活援助を提供することを目的とする。																									
事業所開設年月日	2024年5月1日																									
事業所の敷地面積・ 延床面積	敷地面積 1,158.07㎡ 延べ面積 182.18㎡																									
入居定員	20名																									
運営方針	<p>① 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、当該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、排せつ又は食事等の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとする。</p> <p>② 自らが提供する指定共同生活援助の質の評価を行い、常にその改善を図るものとする。</p> <p>③ 事業所は、指定共同生活援助の提供に当たっては、地域や家庭との結び付きを重視し、市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努める。</p> <p>員体制</p> <table><tr><th>職種</th><th>常勤(人)</th><th>非常勤(人)</th><th>合計員数</th><th></th></tr><tr><td>管理者</td><td>1</td><td></td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>サービス管理責任者</td><td></td><td>1</td><td>1</td><td></td></tr><tr><td>世話人</td><td></td><td>5</td><td>3</td><td></td></tr><tr><td>生活支援員</td><td>1</td><td></td><td>1</td><td></td></tr></table>	職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数		管理者	1		1		サービス管理責任者		1	1		世話人		5	3		生活支援員	1		1	
職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数																							
管理者	1		1																							
サービス管理責任者		1	1																							
世話人		5	3																							
生活支援員	1		1																							

### 3 事業所の職 4 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）常勤で勤務
サービス管理責任者	勤務時間帯（８：３０～１７：３０）勤務

世話人	午前 6 : 0 0 ~ 午前 9 : 0 0 ( 3時間 ) 午後 4 : 0 0 ~ 午後 7 : 0 0 ( 3時間 ) 午後 4 : 0 0 ~ 午後 9 : 0 0 ( 5時間 : 生活支援員休日時 )
生活支援員	午前 6 : 0 0 ~ 午後 9 : 0 0 ( 3時間 ) 午後 4 : 0 0 ~ 午後 9 : 0 0 ( 5時間 )

## 5 事業所の設備等の概要

### ①居室

職種	室数	居室面積	収納スペース	備考
一人部屋	20室	8.2㎡	あり	個別空調あり

### ②その他設備

その他設備	備考
食堂	1ユニット ダイニングテーブル 冷蔵庫
居間	1ユニット テレビ、ソファ
浴室	1ユニット 1室 計4室
	Wi-Fi

## 6 主たる対象者

障がい者 ( 知的障害者・精神障害者 )

## 7 前条に規定すサービスの内容

### ①食事

食事時間 朝食 7 : 00 ~ 8 : 00 夕食 18 : 00 ~ 19 : 00

※昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等必要な場合はご用意いたします。

### ②日中活動支援

日中、指定自立訓練（生活訓練）事業所、指定就労継続支援事業所等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

#### ③健康管理の援助

日常的健康管理	食事や日々の体温や体調を記録に残します。
医療機関の受診	契約医療機関との連携で往診も可能です

#### ④金銭管理の援助

小遣い帳への記帳など、利用者が自ら金銭管理を行うことができるよう支援します。

#### ⑤訓練等給付費支給申請の援助

訓練等給付費の支給期間終了後も継続して支援を受けることができるよう、再度支給決定を受けるための申請を行う際に、必要な援助をします。

#### ⑥行政手続きの代行

手続きの代行を希望される場合は、職員にお申し出ください。なお、手続きに係る経費は別途お支払いいただきます。

#### ⑦余暇活動等支援

自主性を尊重したうえで、余暇活動として地域行事の情報を提供し、参加を促進します。

外出支援	入居者様の意向に沿った支援をします。
趣味活動	入居者様の自立支援につながる趣味活動を支援します。

#### ⑧家族との交流

会報の発行	・ 当ホームの会報を年〇回発行し、ご家族にお送りしています。
行事等への参加	・ 当ホームが実施する行事等に、ぜひ一緒にご参加ください。

#### ⑨地域と交流

地域住民との交流	町内会等の交流に積極的に参加します。
ボランティア団体との交流	他福祉事業所との連携を図ります。

--	--

## 8 利用料金

### ①訓練等給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。

項 目	単位数
共同生活援助サービス費	入居者の区分度による
福祉専門職員配置等加算（福祉専門職員配置等加算Ⅱ）	1日につき 7 単位
夜間支援等体制加算	入居者の区分度による
日中支援加算	1日につき 270 単位
帰宅時支援加算	1日につき * * * * 単位
福祉・介護職員処遇改善加算 (当事業所では職員の賃金等の処遇改善を図っています)	1日につき * * * * 単位

なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、書面にて利用者にその都度通知します。

### ②利用者自己負担によるサービスについて

項 目	単位数
家賃・共益費	月額31,600円 共益費3,000円
水道光熱費	月額 13,800円 ※共用分、居室分を含みます。 ※毎月定額をお支払いいただきます
食材料費	朝346円/夕562円 / (昼562円) (月27240円)
日用品費 トイレットペーパー、調味料、その他消耗品費	月額 * * * 円 ※利用者の希望により個人別に購入するものについては、日用品費としてご負担いただきます
行政手続代行費	交通費や郵券代、コピー代等は実費をいただきます。

記録等複写サービス	複写 1 枚につき 1 0 円
-----------	-----------------

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担になります。

※なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、利用者に通知します。

## 9 支払方法

上記利用料金の支払いは、1 か月ごとに計算し、先月分を翌月10日までに請求しますので、末日までにお支払いください。但し、家賃・共益費については、前払いとなります。

支払いは、原則として自動口座引き落としをお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込をお願いします。

## 10 入退居

### (1) 入居

①共同生活援助について訓練等給付費支給決定を受けた方で、当ホームに入居を希望される方は、電話等でご連絡ください。当ホームのサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②入居が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は訓練等給付費支給決定の期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③入居に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

### (2) 契約の終了

①利用者が当事業者に対し、30日間の予告期間をおいて文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを2か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当ホームや当ホームの職員

に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退居していただくことがあります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

④やむを得ない事情により当ホームを閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退居していただく場合があります。この場合、契約を解除する日の３０日前までに文書で通知します。

### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が他の共同生活援助事業所や他の障害福祉サービス施設等に入所した場合

②共同生活援助の訓練等給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

③利用者が亡くなった場合

### 1 1 当ホームご利用に際し留意していただきたい事項

面会	面会は自由です。ただし、入り口の面会簿にご記入ください。
外出・外泊	事前に職員の許可を取ってください。
飲酒	マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。
喫煙	喫煙コーナーをお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。
居室等の利用	ホーム内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による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。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
宗教活動等	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等のご遠慮ください。
貴重品の管理	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、預り金管理サービスをご利用いただけます。

### 1 2 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。

#### 【主治医】

医療機関名	
-------	--

所在地	
電話番号	
主治医氏名	

【緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

1 3 協力医療機関

当ホームは下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

医療機関名	いいだクリニック
所在地	鹿児島市草牟田2丁目 1 7 - 3
電話番号	0 9 9 - 2 2 2 - 1 7 2 9

1 4 バックアップ施設

当ホームは下記の施設をバックアップ施設とし、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等について連携し、支援の体制を確保しています。

施設名	
所在地	
電話番号	
連絡体制	

1 5 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「防災計画」により対応します。
防災管理責任者	米満 一輝



避難訓練	利用者も参加の上、年 1 回実施します。
防災設備	・ 火災報知機 ・ ガス漏れ報知器

#### 16 この契約に関する相談・苦情窓口

担当者	ひなたスマイルコレクト株式会社
電話番号	099 - 298 - 9683
受付時間	9 : 00 ~ 17 : 00

当ホーム以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

担当部署	鹿児島市 健康福祉局 福祉支援部 障害福祉課 ゆうあい係
電話番号	099 - 216 - 1272
受付時間	平日 09 : 00 ~ 17 : 00

#### 17 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者	米満 一輝
電話番号	099 - 298 - 9683
受付時間	9 : 00 ~ 17 : 00

この重要事項説明書について、家族・後見人等の立会にて契約する場合、立会人欄に記名捺印するものとします。

上記の重要事項説明書を証するため、本書 2 通を作成し、利用者、事業所が記名捺印のうえ、各 1 通を保有するものとします。

令和      年      月      日

共同生活援助利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地) 鹿児島県鹿児島市若葉町 1 - 3

(名称) ひなたスマイルコレクト株式会社

代表取締役 日向 カ 印

(説明者) 所 属 : 障がい事業

氏 名 : 印

私は本書面により、これから入居する共同生活援助の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住 所)

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

(代理人または立会人等)

(住 所)

(氏 名) \_\_\_\_\_ 印

(続 柄)