

みるふいーゆ名東

日中サービス支援型共同生活援助

重要事項説明書

ICC・I 株式会社

## 指定共同生活援助 重要事項説明書

あなたに対する指定共同生活援助の提供開始にあたり、障害者総合支援法に基づいて、当事業所があなたに説明すべき内容は次のとおりです。

### 1 サービスを提供する事業者

名称	I C C ・ I 株式会社
所在地	名古屋市熱田区三本松町 16 番 6 号
電話番号	0 5 2 - 6 2 7 - 1 2 8 0
代表者氏名	代表取締役 櫻井 真吾
設立年月	平成 2 2 年 1 1 月 1 日

### 2 利用事業所

事業の種類	指定共同生活援助（日中サービス支援型）
事業所の名称	みるふいーゆ名東
事業所の所在地	① 名古屋市名東区香南一丁目 405 番地（みるふいーゆ香流） ② 名古屋市名東区藤森二丁目 266 番地（みるふいーゆ本郷）
連絡先	電話番号 0 5 2 - 7 3 7 - 4 4 4 5 （香流） ファックス 0 5 2 - 7 3 7 - 4 4 4 6 （香流） 電話番号 0 5 2 - 7 2 6 - 5 1 2 9 （本郷） ファックス 0 5 2 - 7 2 6 - 5 1 3 9 （本郷）
管理者	福田 尚人
サービス管理責任者	中嶋 美紀子、河合 宏美
主たる対象者	知的障害者・精神障害者・身体障害者・難病患者等
定 員	香流 9 名（共同生活援助 8 名 短期入所 1 名） 本郷 I 6 名（共同生活援助 5 名 短期入所 1 名） 本郷 II 10 名（共同生活援助 9 名 短期入所 1 名）
開設年月日	令和 2 年 1 0 月 1 日
事業所番号	2 3 2 8 0 0 0 1 2 6

### 3 サービスの目的・運営方針

目的	利用者が地域において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	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図り適正なサービスを提供します。
------	--------------------------------------

#### 4 サービスに係る施設・設備等の概要

##### (1) 施 設

建物	構 造	香流 木造 2階建 (耐火建築物) (耐震構造)
		本郷 鉄筋 3階建 (耐火建築物) (耐震構造)
	敷地面積	m <sup>2</sup>
	延べ床面積	m <sup>2</sup>

##### (2) 主な設備

香流	部屋数等	備 考
居 室	9室	全室個室、各部屋 10 m <sup>2</sup> 以上
食 堂	2室	
洗面所	2か所	
トイレ	2か所	
風呂場	2か所	

本郷 I	部屋数等	備 考
居 室	6室	全室個室、各部屋 8.54 m <sup>2</sup> 以上
食 堂・居 間	1室	
洗面所	2か所	
トイレ	1か所	
風呂場	1か所	

本郷 II	部屋数等	備 考
居 室	10室	全室個室、各部屋 8.54 m <sup>2</sup> 以上
食 堂・居 間	2室	
洗面所	6か所	
トイレ	3か所	

風呂場	2か所	

## 5 サービス提供職員の設置状況

### (1) 職員の配置数

職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1		1			0.5	
サービス管理責任者	1		1		1	1.1	
世話人	10	5	2	3		8.5	
生活支援員	6		8	5.5		2.3	

## 6 サービス提供の内容

### (1) 訓練等給付費対象サービス内容

種類	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	世話人が栄養の嗜好や糖尿病等の健康状態を考慮して献立を工夫します。
排泄	排泄に関する援助を行います。
入浴	入浴に関する援助を行います。
着替え、整容等	身だしなみ、清潔さには特に注意を払います。 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。
活動支援	地域行事への参加を促進します。 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	嘱託医師により、診察日を設けて健康管理に努めます。 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。 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。
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。

## (2) 訓練等給付費対象外サービス内容

	金額	備考
家賃	36,000円	
食材料費	30,000円	消費税別途
光熱水費	20,000円	消費税別途
日用品費	別途請求	
合計	86,000円	消費税別途

## 7 利用料金

### 利用料金の御支払方法

料金は1ヶ月ごとに計算し、御請求しますので、27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

- ア 当事業所窓口での現金支払い
- イ 金融機関口座からの口座振替

## 8 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事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における医療機関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。
- (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、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)に基づき情報提供を致します。

## 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： 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 相談窓口	・窓口担当者 [管理者] 福田 尚人 ・利用時間 9：00 ~ 18：00 ・電話番号 052-737-4445 FAX 052-737-4446 ・苦情解決責任者 [管理者] 福田 尚人	
第三者評価委	なし	第三者における評価は行っていない
名古屋市役所 障害者支援課	・所在地：名古屋市中区栄3丁目18番1号 ナディアパークビジネスセンタービル11階 ・電話番号：052-242-2460	
運営適正化委員会	名古屋市東区白壁一丁目50番地愛知県社会福祉会館内 TEL 052-212-5515	

### (2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者 [管理者] 福田 尚人 ・利用時間 9：00 ~ 18：00 ・電話番号 052-737-4445
------------------	--

	F A X 052-737-4446
--	--------------------

### 11 協力医療機関

医療機関	
名称	光煌会 フレンズクリニック
医院長名	中村 敬
所在地	名古屋市西区新道 1-21-5
電話番号	052-936-6301

※上記の他、各専門医に協力依頼しております。

### 12 非常災害時の対策

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。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知機 有</li> <li>・誘導灯 有</li> <li>・ガス漏れ報知機 有</li> <li>・非常通報装置 有</li> <li>・非常用電源 有</li> <li>・スプリンクラー 有</li> <li>・室内防火栓 有</li> <li>・カーテン等は防炎性能のある物を使用しています。</li> <li>・震災に備えての備蓄（食料・飲料水〇日分）</li> <li>（その他・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）</li> </ul>
平時の訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別途に定める、消防計画書に則り、年〇回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。</li> </ul>
消防計画	<p>消防署への届出日： 令和 2 年 8 月      防火管理者 : 森 健汰</p>
保険加入	<p>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：損保ジャパン株式会社</p>

### 13 当事業所御利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所の設備、器具は本来の用法にしたがって御利用ください。これに反した御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	全室禁煙です。
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希望により世話人及びバックアップ事業所にて管理を致します。
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御遠慮ください。



令和 年 月 日

指定共同生活援助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 日中サービス支援型共同生活援助 みるふいーゆ名東

説明者職名 管理者 氏名 福田 尚人

私は、本書面に基づいて事業者から指定共同生活援助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 印

続 柄



### ＜個人情報保護の趣旨＞

当社が保有する利用者及びそのご家族に関する個人情報については、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。

### ＜個人情報利用範囲＞

利用者及びそのご家族の個人情報利用については、解決すべき問題や課題など、情報を共有する必要がある場合、および以下の場合に用いさせていただきます。

- 適切なサービスを円滑に行うために、連携が必要な場合の情報共有のため
- サービス提供に掛かる請求業務などの事務手続き
- サービス利用にかかる管理運営のため
- 緊急時の医師・関係機関への連絡のため
- ご家族及び後見人様などへの報告のため
- 当社サービスの、維持・改善にかかる資料のため
- 当社の職員研修などにおける資料のため
- 法令上義務付けられている、関係機関（医療・警察・消防等）からの依頼があった場合
- 損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- 特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

### ＜肖像権について＞

当社の、ホームページ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○を記入下さい。

同意する

同意しない

\_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

【ご利用者】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

【代理人】 住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

署名代行理由：