

グループホーム・ダゴバ利用契約

重要事項説明書

この重要事項説明書は、グループホーム・ダゴバが提供する指定共同生活援助事業について、利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び第77条並びに障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

1 サービスを提供する事業者

名 称	特定非営利活動法人 ステップバイステップ
所 在 地	天草市中央新町13番12号
電 話 番 号	0969-22-6507
代表者氏名	理事長 佐々木 靖
設 立 年 月	平成16年5月11日

2 ご利用施設

事業の種類	指定共同生活援助事業 平成22年4月1日熊本県指定
事業所の名称 (事業所番号)	グループホーム・ダゴバ (4323000382)
事業所の所在地	天草市栄町14番24号
連 絡 先	電話番号0969-23-2485
管 理 者	坂井 友紀
サービス管理責任者	坂井 友紀
通常の事業の実施地域	天草市、天草郡苓北町、上天草市
営業日及び 営業時間	
主たる対象者	知的障害者
定 員	4名
開設年月日	平成22年4月1日

3 事業の目的・運営方針

目 的 (共同生活援助)	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ことを目的とします。
運営方針	利用者個人の意思の尊重及び全ての人々が地域の中で暮らせる環境の構築を運営方針としています。

4 サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物 1	構 造	鉄筋コンクリート造 3 階建 1/2 階部分 (耐火建築物)
	敷地面積	102.7 平方メートル
建物 2	構 造	鉄筋コンクリート造 2 階建 1 階部分
	敷地面積	68.1 平方メートル

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居室	4 室	
世話人室	1 室	
相談室	1 室	
洗面設備	2	
便 所	3	内男子専用 1
浴室	1	

当事業所では、厚生労働大臣の定める基準を遵守し、以上の施設・設備を設置しています。

5 サービスを提供する職員の配置状況

(1) 職員の員数

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			1	
サービス管理責任者	1		1			1	
医 師	1			1		1	
世話人	1	1		1		0.86	
代替世話人	1	1				0.14	

当事業所では、厚生労働大臣の定める基準を遵守し、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・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週 40 時間）で除した数です。

例えば、週 20 時間勤務する職員を常勤換算した場合は 0.5 となります。

（２）各職種の勤務体制

職 種	勤務体制
管理者	勤務時間帯（９：００～１２：００）
サービス管理責任者	勤務時間帯（９：００～１２：００）
医 師	嘱託医（契約による）
世話人 代替世話人	勤務時間帯（６：００～９：００） （１６：００～１９：００）

６ サービスの内容

（１）訓練等給付費対象サービス

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。
他の事業所との連携・調整及び余暇活動	共同生活援助の提供にあたっては、を利用している利用者について指定自立訓練事業所・指定就労継続支援事業所との連携・調整並びに余暇活動の支援をおこないます。
健康管理	日常生活上必要な健康管理をおこないます。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います。

（２）訓練等給付費等対象外サービス

サービスの種類	サービスの内容	金 額
その他	サービス提供記録等の複写代	５０円

＜サービスの概要＞

サービスは、「共同生活援助計画」に基づいて行われます。当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。なお、「共同生活援助計画」は利用者に交付いたします。

７ 利用料金

（１）訓練等給付費等対象サービスの料金

訓練等給付費対象サービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定した額がサービス料金となります。

このサービス料金のうちの一部（原則 9 割）は市町村から訓練等給付費が支給されます。訓練等給付費は当事業所が市町村から直接受け取りますので、利用者は、サービス料金から訓練等給付費の額を差し引いた額（利用者負担額といいます。原則サービス料金の 1 割です。）を当事業所にお支払いいただきます。

なお、利用者負担額は、原則サービス料金の 1 割ですが、「障害福祉サービス受給者証」に記載されている負担上限月額が 1 月の負担の上限額となりますので、記載されている金額以上ご負担いただく必要はありません。

（２）訓練等給付費等対象外サービスの料金

上記「６ サービスの内容（２）訓練等給付費対象外サービス」に記載の料金を当事業所にお支払いいただきます。

（３）共同生活援助において提供される便宜に要する費用のうち、次の費用の支払いを利用者から受け取る物とする。

- ① 家賃 1 月当り 20,000 円（家賃は前払いとし、途中で退所する場合等は、利用日数を日割り計算し利用者に返還する）
- ② 光熱水費 1 月当り 5,000 円
- ③ 食材料費 1 月当り 24,000 円（食材費は前払いとし、途中で退所する場合や、長期入院等でやむなく食事の提供を受けていない場合は、日割り計算し利用者に返還する。但し通常利用者の個人的な理由により食事をおこなわなかった場合は返還しないものとする。）
- ④ 日用品費その他の日常品費 1 月当り 1,000 円

（４）利用料金のお支払方法

前記（１）（２）の料金は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、請求があった月の末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

（ア） 当事業所窓口での現金支払い

（イ） 下記指定口座への振込み

肥後銀行 天草支店 普通預金 1 6 7 4 9 3 4

8 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 9：00～午後 16：00 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必要となる他事業所及び医療機関等との連絡調整や、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に基づき情報提供を致します。

9 要望・苦情等及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等

当事業所 受付窓口	・ 受付担当者 坂井 友紀 ・ 苦情解決責任者 佐々木 靖 ・ ご利用時間 9:00～ 16:00 ・ 電話番号 0969-22-6507 ・ FAX 0969-24-4013
県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	・ 住所 熊本市南千反畑町3-7 ・ 電話番号 096-324-5454 ・ FAX 096-355-5440

10 協力医療機関

医療機関の名称	尾上 医院	松本歯科医院
所在地	天草市大浜町8-10	天草市栖本町馬場 2560-5
電話番号	0969-22-4433	0696-66-3000
診療科	内科	歯科

11 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画により対応いたします。
平時の訓練	・ 別途定める消防計画に則り、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	・ 自動火災報知機 有 ・ ガス漏れ報知機 有 ・ 非常用電源 有 ・ 室内防火栓 なし ・ 誘導灯 有 ・ 非常通報装置 有 ・ スプリンクラー 無 ・ カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 (その他 携帯ラジオ・懐中電灯等)
消防計画	消防署への届出日： 平成22年4月 防火管理者： 佐々木 靖
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：日本商工会議所 あいおいニッセイ同和損害保険(株) 加入保険内容：超ビジネス保険(事業活動包括保険) 介護保険・社会福祉事業者総合保険

12 当事業所を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従ってご利用下さい。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
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頂きます。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下さい。

指定共同生活援助の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所名：グループホーム・ダゴバ

説明者職名：管理者 氏名 坂井 友紀

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、共同生活援助の提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所

氏 名

印

(※必要に応じて)

代理人

住 所

氏 名

続 柄

印