

短期入所 重要事項説明書

あなたに対する指定共同生活援助事業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. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人亀田郷芦沼会
所 在 地	新潟県新潟市東区はなみずき 2 丁目 3 番 7 号
電 話 番 号	025-271-1016
代 表 者 氏 名	理事長 川瀬 裕
設 立 年 月	昭和 55 年 11 月 19 日

2. 利用施設

事業所の種類	短期入所
事業所の名称	ショートステイぎんが
事務所の所在地	新潟県新潟市東区はなみずき 2 丁目 3 番 7 号
事務所連絡先	025-274-7811
管 理 者	東海林千絵
サービス管理責任者	東海林千絵
サービスの実施地域	新潟市及び近隣市町村
主たる対象者	知的障がい者
定 員	1 名
事業所番号	1520100775
併設する事業	グループホームぎんが（共同生活援助） 定員 15 名（ショートステイぎんが内の 8 室）

3. サービスの目的・運営方針・重度化した場合における対応に係る指針

目 的	自宅にこもりきりの利用者の孤立感の解消や心身機能の維持回復だけでなく、家族の介護の負担軽減のため、介護、援助を提供します。
運 営 方 針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かなサービスの提供を行います。
職員に対する研修	毎月の事業所内研修の他、強度行動障害等の専門的な研修受講をサービス管理責任者、世話人に対して進めていきます。

4. サービスに係る住居・設備等の概要

ぎんが（一戸建て）新潟市東区寺山1丁目17番38号（平成15年4月1日開設）

建物	構 造	木造2階建（その他耐火建築物）（耐震構造）	
	敷 地 面 積	288.70 m ²	
	延べ床面積	238.50 m ²	
	建 築 面 積	141.61 m ²	
主な設備		部屋数	備考
居室		9	全室個室（各室火災報知機・スプリンクラー）
食堂		1	スプリンクラー
洗面所		2	〃
便所		3	〃
風呂場		1	
居間		1	スプリンクラー
世話人室		1	自動火災報知設備・通報装置、スプリンクラー

5. サービス提供職員

（1）設置状況

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	2		2			1.3	
世話人	15		6	6	3	5.2	
生活支援員	9		6	2	1	3.9	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し障がい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。

（2）各職種の勤務体系

職種	勤務体系
管理者	日勤
サービス管理責任者	日勤、管理者兼務
世話人	シフト勤務、他ホーム兼務
世話人補助	ホーム固定勤務
生活支援員	シフト勤務、他ホーム兼務
夜間支援	夜勤 1名

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	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。
食事提供	基本的には業者から仕入れた食材または購入した食材を世話人が調理し、提供します。場合によって、宅配弁当の提供もしています。(食材料費及び食事に係る水道光熱費は対象外です。)
排泄	利用者に合わせた援助を行います。
入浴	利用者に合わせた援助を行います。
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。
健康管理	利用中の世話人等により観察、疾病予防、健康管理に努めますが、体調に変化があった場合はご家族にご連絡しますので、対応をお願いします。また、緊急時は必要に応じて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。
金銭管理	事前にご相談の上、小遣い程度の預り金管理をすることができます。通帳、財産管理は致しません。
買物支援	近くのスーパー、本屋等への付き添いを希望に応じて行います。
日中支援	ご希望に合わせて、日中をグループホームで支援します。

(2) 家賃等実費利用料

①光熱費	②食費
1日当たり 450 円	朝食 250 円、昼食 300 円、夕食 450 円を実費請求となります。平日はご希望に応じて、実費負担で近くのスーパー等でお好きな食事を買う事も可能です。

7. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練給付費によるサービスを提供した際は、9割が国の負担となり、事業者が訓練給付費の給付を市町村から直接受け取ります。その際は代理受領通知書を発行いたします。

上記の1割分が利用者負担額となり、事業者にお支払いいただきます。

(利用者負担金の上限額：0円 又は 9,300円 又は 37,200円)

なお、利用者負担額の軽減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下さい。

基本サービス単位数表（新潟市の1単位の単価は10.24円）

		単位数	利用料	利用者負担額
福祉型短期入所サービス費（Ⅰ）	区分6	923/日	9451 円/日	945 円/日
	区分5	784/日	8028 円/日	802 円/日
	区分4	648/日	6635 円/日	663 円/日
	区分3	583/日	5969 円/日	596 円/日
	区分1・2	509/日	5212 円/日	521 円/日
福祉型短期入所サービス費（Ⅱ） ※日中を短期入所施設以外で過ごす場合	区分6	602/日	6164 円/日	616 円/日
	区分5	527/日	5396 円/日	539 円/日
	区分4	318/日	3256 円/日	325 円/日
	区分3	240/日	2457 円/日	245 円/日
	区分1・2	173/日	1771 円/日	177 円/日

加算単位数（※印の加算は職員数の変更により、加算単位が変更する可能性があります。）

		単位数	利用料	利用者負担額
短期利用加算	利用開始日から 30 日以内の期間に所定の単位数が加算される。年間で通算 30 日が上限。	30/日	307 円/日	30 円/日
福祉・介護職員等 処遇改善加算 (Ⅰ) ※2024 年 6 月より	キャリアパス要件と職場環境等の要件を作成・整備し、職場環境の改善を行った場合に算定	・ひと月につき、所定単位×147/1000（単位） ・利用料金は個々の単位数×10.24(円) ・ご利用者負担は利用料金の1/10(円)		

（2）訓練等給付費対象外サービスについて

6. サービス提供の内容（1）サービス以外については、実費を請求させて頂く事がございます。行事等であれば、事前にお知らせをした上で利用者同意をもつての参加となります。

（3）利用料のお支払い方法について

前記（1）（2）の料金は一ヶ月ごとに計算し、翌月ご請求させていただきますので、以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

② 口座振替（別途申込が必要です）

②当事業所窓口での現金支払い

8. 利用者の記録及び個人情報の取扱いについて

（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病院等への連携などにおいて情報提供あるいは共有する場合があります。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応を行います。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時は、下記緊急連絡先へご連絡致します。

緊急連絡先	住所 : 電話番号 : 氏名 : 続柄 :
-------	--------------------------------

10. 要望・苦情等申立先及び相談窓口

要望・苦情等申立先

ご利用相談窓口	・ 主任兼サービス管理責任者：鈴木崇文 電話番号はグループホーム事務室 025-274-7811
苦情受付窓口	・ 主任兼サービス管理責任者：鈴木崇文 電話番号はグループホーム事務室 025-274-7811
苦情解決責任者	・ 管理者 東海林千絵
第三者委員	・ 民生委員 坂井ノリ子 025-274-8576
	・ 民生委員 阿部さよ子 025-274-6000
新潟市障がい福祉課 指定係	電話番号 025-226-1241
新潟県社会福祉協議会 「運営適正化委員会」	電話番号 025-281-5521

苦情の受付手順

①面接、電話、書面等により随時受付を苦情受付窓口で行っています。 ②苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第三者委員（申出人が必要とした場合）に報告します。 ③苦情解決責任者は内容を確認し、苦情申出人に対して報告を受けた旨の通知をします。 ④苦情解決責任者は、苦情申出人と誠意をもって話し合い、解決に努めます。その際、苦情申出人は第三者委員の助言や立ち合いを求める事ができます。 ⑤苦情解決責任者は申し立てられた苦情について改善の必要性の有無を検討し、再発防止に努めます。 ⑥利用者によるサービスの選択や事業者によるサービスの質や信頼性の向上を図るため、個人情報に関するものを除き「事故報告書」や「広報誌」、「ホームページ」等実績を掲載し、公表します。

相談の受付について

- ①苦情ではない、支援の相談等につきましては、サービス管理責任者が窓口となりますので、気兼ねなくご連絡下さい。
- ②サービス管理責任者は管理者へ報告し、対応を検討した上で、ご家族へ回答いたします。世話人にも周知します。

11. 協力医療機関

医療機関	風の笛クリニック		
医 師	穂苅環		
所 在 地	新潟市東区下木戸 2 丁目 28 番 16 号		
電話番号	025-271-7755		
診 療 科	内科、心療内科、ペインクリニック	入院設備	なし

12. 非常災害時の対策

非常時の対応	新潟東消防署に提出している消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	別途に定める消防計画書に則り、火災年 2 回、水害(垂直訓練)年 1 回、地震年 1 回の避難訓練を利用者参加で実施します。
防火管理者	東海林千絵
防火設備	4. サービスに係る住居・設備等の概要記載の通り
防犯設備	
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：あいおい損害保険㈱ 加入保険内容：施設賠償保険

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備の利用	各棟の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	全室禁煙です。喫煙場所は世話人と相談して決められた場所をお願いします。

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。希望により世話人で管理致します。
宗教活動	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はご遠慮ください。
外出について	一人で出かけるときは世話人に行き先と帰宅時間を伝えて下さい。但し、事故等についての責任は負いかねますので、充分注意をしてください。 また、無断外出についても責任は負いかねます。一人で出かけられない方は相談があれば付き添うこともできます。

14. 事故と損害賠償

- 1 事業者は、施設サービスの提供により事故が発生した場合は、速やかに都道府県、市町村、及び利用者の家族に連絡して必要な措置を講じます。また、事故状況及び処置について記録します。
- 2 事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

15. 第三者評価の実施状況

- (1) 第三者評価の実施、評価結果の開示は無し。

重要事項説明確認書

私は、本書面の短期入所事業サービス重要事項説明書に書いてあることについて、
サービス管理責任者_____から説明を受け同意しました。

年 月 日

利 用 者 住所 〒

氏名

身元引受人 住所 〒

氏名

続柄

年 月 日

当事業者は、_____様に対する指定共同生活援助事業サービスについて、重要事項説明書に書いてあることを説明いたしました。

事 業 者	住所	〒950-0893 新潟市東区はなみずき 2 丁目 3 番 7 号
	名称	社会福祉法人亀田郷芦沼会 ショートステイぎんが
	理事長	川瀬 裕
	管理者	東海林 千絵
	説明者	サービス管理責任者_____