

指定共同生活援助（介護サービス包括型） 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	指定共同生活援助（介護サービス包括型）
事業所の名称	グループホームすばる
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	本間 博基
サービス管理責任者	小島 麻子
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	24 名
事業所番号	1520100056

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	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、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った適正且つきめの細かな共同生活援助サービスの提供を行います。

重度化した場合における対応に係る指針	できる限り当ホームにおいての生活が継続できるよう、日常的に健康管理には留意し、訪問看護ステーションなじょもと連携を図ります。 万が一、医療的ニーズが発生した場合には適切な対応がとれるよう、医療との連携を図ります。 ※やむを得ず、当ホームでの生活の継続が困難となった場合は、ご本人・ご家族への説明・同意を得て、次の生活拠点の確保とスムーズな拠点移動ができるよう配慮します。
重度化対応の体制	重度化に伴う医療ニーズに応えるため、訪問看護ステーション、協力医療機関に即応できる連携体制を確保します。 また、主治医とも連携が図れるように通院同行等、必要があれば行います。 1年に1回以上、健康診断を受けて頂き、バックアップ施設のほがらか福祉園の嘱託医に相談する事もできます。 定例の健康診断とは別に、人間ドックを受けたい場合は、申込、同行等を行います。 協力医療機関：風の笛クリニック 住所 新潟市東区下木戸2丁目28番16号 TEL 271-7755 訪問看護事業所：訪問看護ステーションなじょも 住所 新潟市東区上木戸5丁目2番1号 TEL 250-6465
看取り対応の有無	当ホームには常駐する看護職員を配置していないために、看取り対応はできかねます。
入院中における利用料の取扱い	入院期間中であっても在籍をし、家具等が置かれている場合は算定の対象期間とします。 食費については、原則として提供した食事について一日単位で計算対象期間とします。
入院に係る職員対応について	入院期間中の支援を必要とする場合は、個別支援計画を見直しますので、ご相談下さい。
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

- (1) すばるB(賃貸アパート)新潟市東区寺山 1 丁目 17 番 30 号セジュール寺山
B101, 102, 201, 202

建物	構造		軽量鉄骨 2 階建 築 32 年
	契約世帯個数		4 戸
主な設備		部屋数	備考
居室		7	全室個室
食堂		1	B202
洗面所		4	
便所		4	
風呂場		4	
キッチン		4	

- (2) おりおん (一戸建て) 新潟市東区はなみずき 2 丁目 12 番 6 号
(平成 21 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	165.69 m ²	
	延べ床面積	177.63 m ²	
	建 築 面 積	88.40 m ²	
主な設備		部屋数	備考
居室		7	全室個室（セコム対応、スプリンクラー）
事務室		1	スプリンクラー
食堂		1	スプリンクラー
洗面所		3	〃
便所		2	〃
風呂場		1	自動火災報知設備・通報装置、スプリンクラー

- (3) すぴか (一戸建て) 新潟市東区上木戸 3 丁目 22 番 22 号 (平成 28 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	839.00 m ²	
	延べ床面積	176.39 m ²	
	建築面積	92.89 m ²	
主な設備		部屋数	備考
居室		5	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

(4) ほくと（一戸建て）新潟市東区上木戸3丁目22番22号（平成29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	262. 99 m ²	
	延べ床面積	193. 78 m ²	
	建 築 面 積	118. 63 m ²	
主な設備		部屋数	備考
居室		5	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

※当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、設備を設置しています。

5. サービス提供職員

(1) 設置状況

※2026年4月

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			0.1	
サービス管理責任者	1	1				1.0	
世話人	16		6	7	4	5	
生活支援員	9		6	2	1	4	

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、シフト勤務
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	すぴか・ほくと：宿直（兼務）

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	世話人が栄養と各人の嗜好を考えて、バラエティーに富んだ献立を工夫し、提供します。(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、季節による衣替え、整理、整頓を行い、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	地域行事への参加促進や単独買い物等を支援し自主性を育てます。
健康管理	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。
帰省支援	ご家族との連絡調整を行います。
日中支援	病気・感染等で通所利用ができない場合は、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

事業所名	すばる B	おりおん	すぴか	ほくと
①家賃	30,000	20,000	29,000	29,000
②光熱費	12,000	22,000	13,000	13,000
③食費	25,000	25,000	25,000	25,000
合計	67,000	67,000	67,000	67,000

土日祝日の昼に世話人が提供する食事を希望される場合は、300 円を実費請求となります。利用料と一緒に請求いたします。

※食事のキャンセルは朝食 250 円、夕食 450 円を回数に応じて返金します。但し、食材業者への発注の都合、15 日前までお知らせ下さい。

※退去時に居室のハウスクリーニングが必要な場合は、実費負担をお願いします。

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成・説明し、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

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。

※家賃分の利用料につきましても、国の補助が最大で10,000円あります。但し、時限付の補助となります

基本サービス単位数表（新潟市の1単位の単価は10.24）

		単位数	利用料	利用者負担額
共同生活援助サービス費（Ⅰ） 職員配置 6:1	区分 6	600/日	6144 円/日	614 円/日
	区分 5	456/日	4669 円/日	466 円/日
	区分 4	372/日	3809 円/日	380 円/日
	区分 3	297/日	3041 円/日	304 円/日
	区分 2	188/日	1925 円/日	192 円/日
	区分 1 以下	171/日	1751 円/日	175 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
人員配置体制加算（Ⅰ）12:1	基本の人員配置に加え、特定従業員換算方法で利用者の数を12で除して得た数以上の世話人または生活支援員が配置されている場合に算定	区分 4 以上	83/日	849 円/日
		区分 3 以下	77/日	788 円/日
福祉専門職員配置等加算（Ⅰ）	常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の資格保有者が35%以上雇用されている場合に算定	10/日	102 円/日	10 円/日
福祉専門職員配置等加算（Ⅱ）	常勤の世話人又は生活支援員のうち、社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士の資格保有者が25%以上雇用されている場合に算定	7/日	71 円/日	7 円/日
福祉専門職員配置等加算（Ⅲ）	世話人又は生活支援員のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が3	4/日	40 円/日	4 円/日

	0％以上雇用されている場合に算定					
夜間支援等体制加算（Ⅱ）	宿直を行う夜間支援従事者を配置し、利用者に対して夜間及び深夜の時間帯を通じて、定期的な巡回や緊急的な支援等を提供できる体制を確保している場合に算定	支援対象者が4人以下	112/日	1146円/日	114円/日	
		支援対象者5人	90/日	921円/日	92円/日	
		支援対象者6人	75/日	768円/日	76円/日	
		支援対象者7人	64/日	655円/日	65円/日	
		支援対象者8人	56/日	573円/日	57円/日	
		支援対象者9人	50/日	512円/日	51円/日	
夜間支援等体制加算（Ⅲ）	夜間及び深夜の時間帯を通じて、利用者に病状の急変その他緊急の事態が生じた時に、利用者の呼出し等に速やかに対応できるよう、常時の連絡体制又は防災体制を確保している場合に算定		10/日	102円/日	10円/日	
日中支援加算（Ⅱ）	通所サービス利用者または就労している利用者が、心身の状況等により当該サービス等を利用できない時に、昼間に必要な支援を行った場合に算定	支援対象者1人	区分4以上	539/日	5519円/日	551円/日
			区分3以下	270/日	2764円/日	276円/日
		支援対象者2人	区分4以上	270/日	2764円/日	276円/日
			区分3以下	135/日	1382円/日	138円/日
帰宅時支援加算（月1回を限度）	利用者が家族等の居宅などに帰省する際の連絡調整や、帰省中の状況を把握するなどをしている場合に算定	外泊期間が3日以上7日未満	187/回	1914円/回	191円/回	
		外泊期間が7日以上	374/回	3829円/回	382円/回	
長期帰宅時支援加算	利用者が家族等の居宅などに外泊数が2日を超えて帰省する際に、連絡調整や生活状況の把握をしている場合に、外泊の初日と最終日を除き、3か月を上限に1日あたりの単位数を算定。		50/日	512円/日	51円/日	
医療連携体制加算Ⅶ	看護師の配置または医療機関との連携で日常的な健康管理、医療ニーズへの適切な対応がとれる等の体制を整備している場合に算定		39/日	399/日	39/日	
福祉・介護職員等处遇改善加算（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。

- ①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	・ サービス管理責任者：小島 麻子 電話番号はグループホーム事務室 025-274-7811
苦情受付窓口	・ グループホームすばる主任：小島 麻子 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 本間 博基
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	配置義務対象のグループホーム無し
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

- 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。
- 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、本書面の指定共同生活援助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 グループホームすばる
	理事長	川瀬 裕
	管理者	本間 博基
	説明者	サービス管理責任者_____