

グループホーム エクボ 重要事項説明書

作成年月日：令和7年4月1日

あなたに対する介護サービス包括型共同生活援助事業サービス提供開始にあたり、越谷市条例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	医療法人社団 俊睿会
所 在 地	埼玉県越谷市増森252
電 話 番 号	048-965-1151
代表者氏名	理事長 長根 亜紀子

2. 利用施設

事業所の種類	共同生活援助 平成22年4月1日
事業所の名称	グループホーム エクボ (介護サービス包括型)
事業所の所在地	埼玉県越谷市増森2538-1 レオパレスサイレント 105号
連 絡 先	電話番号 090-5209-0233 048-965-1151 (法人代表)
管 理 者	松本 浩二
サービス管理責任者	松本 浩二
サービスの実施地域	主に越谷市
主たる対象者	精神障害者
定 員	9名
開設年月日	平成22年4月1日
事業所番号	1120800436
第三者評価の有無	無

3. サービスの目的・運営方針

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、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。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物 (本体)	構 造	(本体住居) 木造2階建て(1、2階部分) (ｸﾞﾗｲﾄ型住居 1) 木造2階建て(1階部分) (ｸﾞﾗｲﾄ型住居 2) 鉄骨3階建て(1階部分)
	専有面積	(本体住居) 162.24㎡ (ｸﾞﾗｲﾄ型住居 1) 39.74㎡ (ｸﾞﾗｲﾄ型住居 2) 19.68㎡

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室	9室	本体住居各-6畳 ｸﾞﾗｲﾄ型住居 1-12畳 ｸﾞﾗｲﾄ型住居 2-6畳
食 堂	1室	本体住居の共有スペースを活用
洗面所	9室	各浴室と兼用
トイレ	9室	各室独立
風呂場	9室	各室独立
居間(リビング)	1室	食堂兼用

当事業所では、越谷市の定める指定基準を遵守し、以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況

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			1	
サービス管理責任者	1		1			1(管理者含)	
世話人	2以上	1	1	1			
生活支援員							

当事業所では、越谷市の定める指定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。

(ア) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯(9:00~17:20)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯(9:00~17:20)
世話人	正規の勤務時間帯(9:00~17:20)

日曜・祝日・祭日の勤務時間は、9:00~17:20です。

6. サービス提供の内容

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容

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。
食 事	必要に応じて、世話人が各人の健康状態を考慮しながら、規則的な食生活を行えるよう援助します。
着替え、整容等	必要に応じて、着替え、整容等の支援を行います。
活動支援	利用者が地域において、自主性を持って活動できるよう適切な相談、助言、援助等を行います。
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 浴	必要に応じて、入浴に関する支援を行います。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容

	金 額	備考
家 賃	本体住居 56,470円 サテライト型住居 1 44,000円 サテライト型住居 2 43,000円	特定障害者特別給付費により 10,000 円の家賃補助制度あり
食材料費	実費負担	
光熱水費	実費負担	
日用品費	実費負担	
電話料金	実費負担	貸出の対象者のみ
体験外泊費	月の日割りによる	実費負担

(3) 契約料金

敷金	本体住居 56,470円 サテライト型住居 56,000円 サテライト型住居 43,000円	各家賃料の1月分
前家賃	日割り計算	当月の日割り分家賃
保険料	保険の内容による	家財等保険

*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) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）のうち 9 割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・訓練等給付費等の給付を市（町・村）から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いいただきます。（定率負担または利用者負担額といいます）

なお、定率負担または利用者負担額の軽減等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ください。

(2) 介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容（2）介護給付費・訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) 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、請求書を 10 日までにご送付しますので、25 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

埼玉りそな銀行 越谷支店 普通預金 口座番号 4688558

イ) ヲダ ヲソノヒカミサイマビ ヲウツリツ ヲウケトサツ

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。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前 9：00～午後 5：20 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、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：南埼玉病院 診療科：精神科・神経科・内科 主治医： 所在地：埼玉県越谷市増森 252 電話番号：048-965-1151
---------------	--

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 ご利用相談窓口	・窓口担当者 松本浩二 戸井田和俊 泊内久江 ・解決責任者 松本浩二（管理者） ・ご利用時間 9：00～ 17：20 ・電話番号 090-5209-0233（事業所） 048-965-1151（協力医療機関）
その他の苦情 相談窓口	・埼玉県運営適正化委員会 〒330-8529 さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-65 彩の国すこやかプラザ1階 TEL 048-822-1243 9：00～16：00 月曜日～金曜日 ・越谷市役所 障害福祉課 〒343-8501 越谷市越ヶ谷4-2-1 越谷市役所内 TEL 048-963-9164 8：30～17：15 月曜日～金曜日

(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 松本浩二 戸井田和俊 泊内久江 ・解決責任者 松本浩二（管理者） ・ご利用時間 9：00～ 17：20 ・電話番号 090-5209-0233（事業所） 048-965-1151（協力医療機関）
------------------	---

(3) 第三者委員

第三者委員 相談窓口	・窓口 就労移行支援事業所 カルディア 施設長 木村 弘二 ・電話番号 048-999-6703
---------------	---

*その他の窓口については、苦情相談窓口と同様

11. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団 俊睿会 南埼玉病院		
医 院 長 名	清水 稔		
所 在 地	埼玉県越谷市増森252		
電 話 番 号	048-965-1151		
診 療 科	精神科・神経科・内科	入 院 設 備	精神科230床

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	・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 無 ・室内防火栓 無 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。 ・災害時に必要な食料など3日分備蓄しています。	・誘 導 灯 無 ・非常通報装置 無 ・スプリンクラー 無 ・消火器 有	
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、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。		
消防計画	消防計画書参照		

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	エクボの設備、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	居室内は禁煙です。
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、希望によりサービス管理責任者及び世話人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ご遠慮ください。
外泊・外出	事前に職員へお知らせ下さい。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス共同生活援助事業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：医療法人社団 俊睿会
グループホーム エクボ

説明者職名：管理者 松本浩二

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス共同生活援助事業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

身元引受人住所： _____

氏 名： _____ 印 続柄（ ）