

共同生活援助事業（グループホーム）

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

事業者の名称	株式会社カイト
法人所在地	〒275-0016 習志野市津田沼 1-2-19 つるやビル 5 F
電話番号	047-406-3435
代表者氏名	叶井 宏典
設立年月日	平成 22 年 4 月 16 日

2. ご利用になるグループホームの概要

事業所の種類	共同生活援助事業
事業所の名称	障害者グループホームカイト
事業所の住所	千葉県習志野市花咲 2-4-1
共同生活住居の名称（入居するホーム）	障害者グループホームカイト実籾別館
共同生活住居の住所（入居するホーム）	千葉県習志野市実籾 1-35-6
事業所番号	1220200107
電話番号	047-769-6039
管理者	菊池 孝彦
サービス管理責任者	石川 和博・菊池 孝彦
主たる対象者	精神障害・知的障害
定員	34名
開設年月日	令和1年8月1日
事業の目的と運営方針	共同生活援助事業（グループホーム）は、障害のある人たちが、地域で普通の暮らしができることを目的とし、その人らしい自立した生活を送り、幸せな人生を全うできるよう方向づけていく拠

	点として運営します。グループホームの従業者は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って支援を行います。グループホームにおける支援の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の施設及び事業所、地域の保健・医療・福祉サービスと連携を図り、総合的な支援に努めます。
--	--

3. 事業所の設備等の概要

(1) 建物の概要

建物構造	木造
建築年月日	平成6年11月
階数 (延べ床面積)	建物1階・2階・3階 18.7 m ² ×4室
使用形態等	建物一部使用

(2) 居室の概要

居室の種類	部屋番号	部屋の形態	面積	備考
個室	202・203 205・303	洋室	18.7 m ²	カーテン（防災）、エアコン付き

※居室は、原則として個室をご用意します。居室の決定ならびに変更は、利用者と事業所間の話し合いで決めますが、定員の変更、利用者の心身の状況によりご希望に沿えない場合があります。

(3) 居室以外（共有スペース）の設備の概要

設備の種類	室数等	備考
台所	各居室に1ヶ所	
食堂（交流スペース）	1室	エアコン設備あり、テレビ
浴室	各居室に1ヶ所	
脱衣所・洗面所	各居室に1ヶ所	
トイレ	各居室に1ヶ所	

4. 職員の配置状況

(1) 職員の配置

管理者 1名

サービス管理責任者 1名以上

世話人 1名以上（6：1）

生活支援員 1名以上

常勤換算で、次の①から④までに掲げる数の合計以上

① 障害支援区分3に該当する利用者の数を9で除した数

② 障害支援区分4に該当する利用者の数を6で除した数

③ 障害支援区分5に該当する利用者の数を4で除した数

④ 障害支援区分6に該当する利用者の数を2.5で除した数

夜間支援員 1名以上

※当事業所のグループホームでは、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定共同生活援助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) 職員の勤務時間

管理者	9時～18時
世話人	利用者の状況に応じて設定
生活支援員	利用者の状況に応じて設定
夜間支援員	22時～翌朝5時

5. 提供するサービスの概要

すべてのサービスは、「個別支援計画」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、「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。共通するサービスの内容は下記のとおりです。

項目	提供するサービスの内容と利用者をお願いすること
居室	① 各居室には、電気とエアコンがあります。 ② 個室には鍵があります。1本は入居者に預けます。1本はグループホームで管理します。
食事	① 朝食、夕食を提供します。朝ご飯は6時頃食べられるようにします。夜ご飯は、18時頃食べられるようにします。 ② 冷蔵庫は1台用意してあります。1台はグループホームの食材用のものです。
入浴	① お風呂は、各居室で入ることができます。しかし、自立に問題あると判断した場合はその限りではありません。 ② ボディソープやシャンプーは、グループホームが用意しま

	す。
就寝	寝ている時、身体の調子がおかしくなったら、夜勤者か、緊急連絡先に電話してください。
健康管理	① ご本人と相談し、必要な方には服薬管理をします。 ② 必要な場合は、通院同行をします。
趣味・嗜好品	① タバコは火事になるといけないので、決めた場所で決められた時間に吸うようにしましょう。
金銭管理	金銭管理の支援が必要な方は、お小遣い帳チェック等の支援をおこないます。
日中活動等	日中活動が円滑に行われるように事業所と必要に応じて、連絡・連携を取ります。
役所などの手続き	役所に提出する書類の書き方が分からない時又は同行が必要な時は、職員が支援します。

6. 利用料金

お支払いいただく利用料は、次のとおりです。

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金 ※別紙 1 参照

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/応能負担）が訓練等給付費の給付対象となります。

(2) 訓練等給付費対象外サービス内容の料金

項目	金額	備考
家賃（月額）	46000 円	
食費	朝食 400 円（1 食） 夕食 600 円（1 食）	
水道光熱費（月額）	12,000 円	
日用品費（月額）	3,000 円	共用部分（台所、食堂、便所、風呂など）にかかる共用の日用品費

※月途中で入退所された場合は日割りでの計算とする。

※水道光熱費については、実際の利用状況を鑑みて徴収金額を変更する場合がある。

※体験時の家賃・食事代等については、日割り計算とする。

(3) 利用料金のお支払い方法

利用料は、サービス利用月末に締め、翌月12日までに請求しますので、請求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。

指定口座への振込（振込みにかかる経費は、入居者負担とします。）

（銀行名） 千葉銀行

（支店名） 鎌ヶ谷支店

（口座種類） 普通

（口座番号） 4071538

（名義） 株式会社カイト 代表取締役 叶井 宏典

口座振替

入居者指定の口座から毎月利用料を引き落としします。

7. 利用者の記録や情報の管理・開示

- （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。
- （２） 利用者の個人情報については、個人情報保護法ならびに法人個人情報保護規程に則った対応をします。ただし、サービス提供を行う上での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、利用者の同意を得て情報提供します。

8. 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。

入居者の 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	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

9. 協力医療機関

医療機関の名称	古川医院
---------	------

所在地	千葉県習志野市大久保 2-1 4-2 0
電話	047-475-2976
診療科	内科

10. 連携施設

施設の名称	車椅子特化型障害者グループホームカイト実籾
所在地	千葉県習志野市実籾 4-23-6
電話	047-707-2175

11. 苦情申し立てについて

苦情解決の方法	苦情担当窓口を次のとおり設置する。 ① 窓口設置場所 〒275-0016 習志野市津田沼1-2-19 つるやビル 5F 本社電話番号 047-406-3435 ② 窓口開設時間 平日の午前9時00分から午後18時00分まで ③ 苦情受付責任者 菊池 孝彦 苦情解決責任者 菊池 孝彦
上記の方法で解決されない場合	千葉県庁 障害福祉事業課 法人指導班 TEL 043-223-2646

12. 虐待防止に関する窓口

■虐待防止担当者	菊池 孝彦
■虐待防止責任者	菊池 孝彦
■住所	〒275-0016 習志野市津田沼 1-2-19 つるやビル 5F
■電話	047-406-3435

13. 当グループホームをご利用の際にご留意頂きたい事

外泊	外泊の際は、外泊届を提出していただき、職員の許可を取ってください。
居室・設備・器具 の 利用	施設内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償 していただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
喫煙	喫煙は、喫煙コーナーでお願いします。喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。
貴重品の管理	利用者の責任において管理していただきます。
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布教活動、政治活動および営利 活動はご遠慮ください。

共同生活援助（グループホーム）の提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行いました。

事業所所在地 千葉県習志野市花咲2-4-1
事業所名称 障害者グループホームカイト
説明者氏名 菊池 孝彦

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（グループホーム）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

代理人(後見人・親権者・親族)

住 所

氏 名 印