

# 共同生活援助重要事項説明書

(R7年2月1日現在)

## 1 事業者の概要

名称	合同会社M'sトライアングルカンパニー
法人種別	合同会社
法人所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2
電話番号	04-7199-9481
代表者氏名	代表社員 白水 晃子
法人の沿革・特色	H30年4月より訪問看護、訪問介護事業を開始。R3年11月より介護タクシー事業開始。

## 2 事業所の概要

事業所の名称	カラーマフリーヤ
事業所の所在地	千葉県我孫子市中峰3770-8
事業所の電話番号	04-7128-7756
事業所番号	共同生活援助
事業の目的	共同生活援助の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切な共同生活援助の提供を確保する。
事業所開設年月日	R7年2月1日指定
事業所の敷地面積・延床面積	敷地面積：948.32m <sup>2</sup> 延べ床面積：209.50m <sup>2</sup>
入居定員	5人
運営方針	事業所は、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、入浴、排せつ及び食事の介護その他の日常生活上の支援又は援助を適切かつ効果的に行うものとする。

## 3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数	資格等
管理者	1			
サービス管理責任者	1			看護師
世話人		3		
生活支援員		3		介護福祉士

## 4 職員の勤務体制

職種	勤務体制
管理者	9:30~17:00
サービス管理責任者	9:30~17:00
世話人 生活支援員	7:00~11:00/16:30~22:00/11:00~20:00/10:00~19:00 夜勤18:30~10:00

## 5 事業所の設備等の概要

### ① 居室

居室の種類	室数	居室面積	トイレスペース	備 考
1人部屋	5室	13.25m <sup>2</sup>	2.07m <sup>2</sup>	クローゼットの設置あり

## ② その他設備

設備の種類	備 考
食堂・居間	ダイニングテーブル・TV
和室	押し入れ
浴室 2か所	浴用椅子・手すり
洗面所	洗面台 2個・収納棚
納戸	可動棚
車いす用トイレ	手すり
台所	ガス台・シンク・冷蔵庫・食洗機・電子レンジ・オーブントースター・ 飯器・電気ポット・食器棚
事務所	事務机・PC・電話・プリンター

## 6 主たる対象者

## 知的障害者

## 7 サービスの内容

## ① 食事

(食事時間) 朝食 7:00~8:00  
夕食 18:30~20:00

ご利用者に合わせてランダムにお取りいただきます。

※昼食は休日のみ提供いたします。

## ② 日中活動支援

日中、指定自立訓練（生活訓練）事業所、指定就労継続支援事業所等他のサービスを利用する場合、また職場に通勤する場合等に、サービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行い、利用者の活動を支援します。

### ③ 健康管理の援助

日常的健康管理	訪問看護ステーションケアプライドとの委託契約あり
医療機関の受診	ご利用者それぞれの主治医に受診していただきます。緊急時は我孫子聖仁会病院との委託契約あり。

#### ④ 金銭管理の援助

小遣い程度の金銭管理の支援を行います。

## ⑤ 訓練等給付費支給申請の援助

訓練等給付費の支給期間終了後も継続して支援を受けることができるよう、再度支給決定を受けるための申請を行う際に、必要な援助をします。

## ⑥ 行政手続きの代行

手続の代行を希望される場合は、職員にお申し出ください。  
なお、手続に係る経費は別途お支払いただきます。

## ⑦ 余暇活動等支援

外出支援	日中一時事業所やガイドヘルプ事業所との連絡調整をいたします。
趣味活動	ホーム内におけるそれぞれの趣味の活動を支援いたします。

## 8 利用料金

### ① 訓練等給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

区市町村が定める利用者負担上限月額（サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額）となります。

項目	単位数		
共同生活援助サービス費	1日につき	区分6	600単位
		区分5	456単位
		区分4	372単位
		区分3	297単位
		区分2	188単位
		区分1	171単位
福祉専門職員配置等加算	1日につき	10単位	
夜間支援等体制加算	1日につき	区分4以上	672単位
		区分3	560単位
		区分2以下	448単位
重度障害者支援加算	1日につき	360単位	
医療連携体制加算VII	1月につき	39単位	
福祉・介護職員待遇改善加算	基本単位+加算単位の1000分の147		

なお、上記に対して地域加算が算定されます。

サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、書面にて利用者にその都度通知します。

### ② 利用者自己負担によるサービスについて

家賃	月額 50,000 円
光熱水費	月額 10,000 円 ※共用分、居室分を含みます。 ※毎月定額をお支払いいただきますが、 <u>3ヶ月ごとに</u> 精算します。
食材料費	月額 20,000 円 ※朝食・夕食分です。 ※毎月定額をお支払いいただきますが、 <u>3ヶ月ごとに</u> 精算します。
日用品費	月額 10,000 円 ※利用者の希望により個人別に購入する以下のものについては、日用品費としてご負担いただきます ・個人用化粧品等 ※毎月定額をお支払いいただきますが、 <u>3ヶ月ごとに</u> 精算します。
行政手続代行費	交通費や郵券代、コピー代等は実費をいただきます。
通信費	月額 1,000円
修繕費	月額 1,000円

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担になります。

※なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者に代わり区市町村から受領した訓練等給付費の額については、利用者に通知します。

## 9 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、末日までにお支払いください。

支払いは、現金または振込でお願いします。

## 10 入退居

### (1) 入居

①共同生活援助について訓練等給付費支給決定を受けた方で、当ホームに入居を希望される方は、電話等でご連絡ください。当ホームのサービス提供に係る重要事項についてご説明します。

②入居が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は訓練等給付費支給決定の期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。

③入居に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

#### (2) 契約の終了

①利用者が当事業者に対し、30日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。

②当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。

③利用者がサービス利用料金の支払いを3か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、20日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当ホームや当ホームの職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退居していくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

④やむを得ない事情により当ホームを閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退居していくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

#### (3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

①利用者が他の共同生活援助事業所や他の障害福祉サービス施設等に入所した場合

②共同生活援助の訓練等給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合（所定の期間の経過をもって終了します。）

②利用者が亡くなった場合

### 1.1 当ホームご利用に際し留意していただきたい事項

面会	面会は自由です。 ただし、入り口の面会簿にご記入ください。
外出・外泊	事前に職員の許可を取ってください。
飲酒	マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。
喫煙	敷地内は全面禁煙です。
居室等の利用	ホーム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。
宗教活動等	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等はご遠慮ください。
貴重品の管理	小遣い程度の金銭管理の支援は致しますが、大きな金銭管理についてはご家族または後見人に委任します。

### 1.2 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。

#### 【緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

### 1.3 協力医療機関

当ホームは下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

医療機関名	我孫子聖仁会病院
所在地	千葉県我孫子市柴崎1300
電話番号	04-7181-1100

訪問看護	訪問看護ステーション ケアプライド
所在地	千葉県我孫子市湖北台8-13-2
電話番号	04-7199-9482

#### 1 4 バックアップ施設

当ホームは下記の施設をバックアップ施設とし、サービスの提供体制の確保、夜間における緊急時の対応等について連携し、支援の体制を確保しています。

施設名	社会福祉法人大久保学園 東葛中部地区総合開発事務組合立 みどり園
所在地	千葉県我孫子市中峠2310
電話番号	04-7187-0511
連携体制	1職員研修の連携・指導 2大規模災害等でグループホームが機能不全となった際のショートステイの利用 3発災時、業務継続計画（BCP）が発動された際の職員の代替え支援

#### 1 5 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「防災計画」により対応します。
防火管理責任者	守 恒子
避難訓練	利用者も参加の上、年1回実施します。
防災設備	・火災報知機 ・ガス漏れ報知器 ・消火器 ・スプリンクラー

#### 1 6 この契約に関する相談・苦情窓口

当ホームご利用相談・苦情窓口

担当者	守 恒子
電話番号	04-7128-7756
受付時間	9:00~17:00
当ホーム以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。	
担当部署	我孫子市役所健康福祉部障害者支援課
電話番号	04-7158-1111
受付時間	9:00~17:00

#### 1 7 虐待防止のための措置に関する事項

虐待の防止に関する責任者を選任します。

虐待防止責任者名	白水 恒子
電話番号	04-7128-7756
受付時間	9:00~17:00

令和 年 月 日

共同生活援助利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者  
(所在地)  
(名称)

印

(説明者) 所属

氏名

印

私は本書面により、これから入居する共同生活援助の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名)

印

(代理人または立会人等)

(住所)

(氏名)

(続柄)

印