

共同生活援助
重要事項説明書

株式会社日本アメニティライフ協会
ともがき海老名

(2023年9月1日現在)

1 事業者の概要

| | |
|---------------------|---|
| 名称 | 株式会社日本アメニティライフ協会 |
| 法人種別 | 株式会社 |
| 法人所在地 | 神奈川県横浜市青葉区みたけ台5番地10 |
| 電話番号 | 電話番号：045-978-5051 FAX 番号：045-978-5750 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 江頭 瑞穂 |
| 法人の沿革・特色 | 平成8年4月3日に会社設立 主な事業 ○高齢者福祉サービス（グループホーム、老人ホームなど） ○障がい福祉サービス（グループホーム、居宅介護など） |
| 法人が所有する 営業所の種類・数 | 高齢者福祉サービスの事業所・施設数：309 （認知症高齢者グループホーム、有料老人ホーム（介護付き・住宅型）、 通所介護など） 障がい福祉サービスの事業所・施設数：24 （障がい者グループホーム、居宅介護、短期入所など） （2023年9月1日時点） |

2 事業所の概要

| | |
|-------------|--|
| 事業所の名称 | ともがき海老名 |
| 事業所の所在地 | 神奈川県海老名市社家3-20-7 清有ビル3F |
| 事業所の電話番号 | 電話番号：046-292-1271、FAX番号：046-292-1272 |
| 事業所番号 | 共同生活援助：1424200952 |
| 事業の目的 | 株式会社日本アメニティライフ協会が開設するともがき海老名が行う指定共同生活援助（介護サービス包括型）の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の職員が、障害者に対し、適正な指定共同生活援助（介護サービス包括型）を提供することを目的とする。 |
| 事業所開設年月日 | 2023年9月1日指定 |
| 入居定員 | 6名 |
| 運営方針 | 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、共同生活援助計画に基づき、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入浴、排せつ又は食事等の介護、相談その他の日常生活上の援助を適切かつ効果的に行うものとする。 また、指定共同生活援助（介護サービス包括型）の質の評価を行い、常にその改善を図る。 |
| 自己評価の実施状況 | 実施予定 |
| 職員への研修の実施状況 | 採用時研修 採用後3カ月以内 継続研修 年2回 |

3 事業所の職員体制

| 職種 | 常勤 | 非常勤 | 合計 | 資格等 |
|-----------|----|-----|----|-----|
| 管理者 | 1 | | 1 | |
| サービス管理責任者 | | 1 | 1 | |
| 世話人 | 2 | 6 | 8 | |
| 生活支援員 | 1 | 1 | 2 | |
| 夜間支援従事者 | | 5 | 5 | |

4 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|-----------|--|
| 管理者 | 9:00～18:00（勤務表による） |
| サービス管理責任者 | 9:00～18:00（勤務表による） |
| 世話人 | 9:00～18:00、17:30～22:00、5:00～9:30（勤務表による） |
| 生活支援員 | 9:00～16:00（勤務表による） |
| 夜間支援従事者 | 22:00～5:00（勤務表による） |

5 事業所の設備等の概要

① ともがき海老名

居室

| 居室の種類 | 室数 | 居室面積 | 収納スペース | 備考 |
|-------|----|------------|--------|----|
| 1人部屋 | 6室 | 7.45～8.43㎡ | 有り | |

その他設備

| 設備の種類 | 備考 |
|---------|---------------------------|
| 食堂（交流室） | 流し台、調理器具、ダイニングテーブル、椅子等を設置 |
| 居間 | 食堂と兼用 |
| 浴室 | 2ヶ所（うち1ヶ所はシャワー室） |
| 便所 | 2ヶ所 |

6 主たる対象者

| |
|-------------|
| 精神障害者・知的障害者 |
|-------------|

7 サービスの内容

① 食事

| |
|------------------------------------|
| （食事時間） 朝食 7:00～9:00 夕食 18:00～20:00 |
|------------------------------------|

※昼食は、原則として各自でおとりいただきますが、お弁当等必要な場合はご用意いたします。

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 | 服薬確認、健康状態の確認 |
| 医療機関の受診 | 必要に応じて職員が同行する、医療機関を紹介する等 |

④ 金銭管理の援助

小遣い帳への記帳など、利用者が自ら金銭管理を行うことができるよう支援します。

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

手続き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、手続きに係る経費は別途お支払いいただきます。

⑦ 余暇活動等支援

| | |
|------|---------------|
| 外出支援 | 社会資源の紹介、同行支援等 |
| 趣味活動 | 社会資源の紹介、同行支援等 |

⑧ 家族との交流

| | |
|---------|-----------------------------|
| 行事等への参加 | 当ホームが実施する行事等に、ぜひ一緒にご参加ください。 |
|---------|-----------------------------|

⑨ 地域との交流

| | |
|--------------|-------------------|
| 地域住民との交流 | 町内会が開催する地域行事などに参加 |
| ボランティア団体との交流 | 有 |

8 利用料金

別紙料金表をご参照ください。

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、書面にて利用者にその都度通知します。

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20日までに請求しますので、27日までにお支払いください。

支払いは、原則として自動口座引き落としでお願いします。ただし、これによりがたい場合は、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1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、7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、退居していただくことがあります。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、退居していただく場合があります。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。）
- ③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 | 面会は自由ですが、事前に職員に報告をしてください。面会簿にご記入をお願いします（面会時間9：00～22：00） |
| 外出・外泊 | 事前に職員の許可を取ってください。 また、原則1か月に4泊までとし、それ以上の外泊を希望される場合は、職員に相談してください。 |
| 飲酒 | ホーム内の共有スペースは禁酒です。 |
| 喫煙 | 喫煙コーナーをお願いします。喫煙コーナー以外は禁煙です。 |
| 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のご遠慮ください。 |
| 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。 自己管理のできない利用者につきましては、預り金管理サービスをご利用いただけます。 |

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。

【主治医】

| | |
|-------|--|
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 主治医氏名 | |

【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 | 海老名けやきクリニック |
| 所在地 | 海老名市中央2-8-8 池田ビル2F B号室 |
| 電話番号 | 046-236-2777 |

| | |
|------|------------------------|
| 名称 | 医療法人社団信成会 いちべ眼科 |
| 診療科目 | 眼科 |
| 所在地 | 東京都町田市成瀬が丘2-28-4ヒロビル2F |
| 電話番号 | 042-799-0520 |

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 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 連携体制 | |

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 | 管理者 |
| 避難訓練 | 利用者も参加の上、年2回実施します。 |
| 防災設備 | 自動火災通報装置、火災報知機、消火器、誘導灯 |

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

| | |
|---------|--------------|
| 苦情受付窓口 | 管理者 鈴木 かすみ |
| 苦情解決責任者 | 管理者 鈴木 かすみ |
| 電話番号 | 046-292-1271 |
| 受付時間 | 9時～17時 |

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 | 海老名市障がい福祉課 |
| 電話番号 | 046-235-4813 |
| 受付時間 | 8時30分～17時15分 |

また、神奈川県社会福祉協議会に設置された「かながわ福祉サービス運営適正化委員会」においても市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

| | |
|------|-----------------------|
| 担当部署 | かながわ福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | 045-311-8861 |
| 受付時間 | 9時～17時 |

17 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 | 管理者 鈴木 かすみ |
| 電話番号 | 046-292-1271 |
| 受付時間 | 9時～17時 |

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) 神奈川県横浜市青葉区みたけ台5番地10

(名称) 株式会社日本アメニティライフ協会

事業所

(所在地) 神奈川県海老名市社家3-20-7 清有ビル3F

(名称) とまがき海老名

説明者

(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) _____ 印

(続柄) _____