

「共同生活援助」

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、社会福祉法第 76 条の規定に基づき、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。

有限会社 日和
シェアハウス 武庫の里（住宅名：シェアハウス 水堂）
指定番号 2823000167

重要事項説明書

1. 事業者

名称	有限会社 日和
所在地	兵庫県伊丹市西野7丁目3番地の1
電話番号	072-779-3785
代表者氏名	取締役 横山玲子
設立年月	平成18年3月1日

2. 事業所（共同生活住居）の概要

事業所の種類	指定共同生活援助
事業所の名称	シェアハウス 武庫の里 (住宅名：シェアハウス 水堂)
事業所の所在地	兵庫県尼崎市武庫の里1丁目19-6 (住宅の所在地：尼崎市水堂町1-25-37)
電話番号	06-6438-0033
管理者	山岸 亜佑子
開設年月 (住居)	令和6年10月1日
利用定員	5人
事業所番号	2823000167

3. サービスの目的・運営方針

目的	利用者が共同生活をしながら、一人で暮らせるよう支援します。また、近所の方々と協力したり、関連医院と体調を整え、生活のリズムを一緒に作っていきます。
運営方針	障害者自立支援法、社会福祉法、消防法などの法令を遵守し、利用者が地域の中で生き生きと暮らすことが出来るよう共に考え、支援します。また体調の変化を早期に発見し医療とも連携します。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	木造2階建て
	敷地面積	約80m ²

(2) 主な設備

設備の種類	部屋数	備考
居室	5	8.1㎡1室、9.39㎡1室、10.94㎡3室 (各部屋エアコン・物入れ付)
食堂・厨房	1	キッチン・冷蔵庫・炊飯器・電子レンジ・食堂テーブル・椅子・インターホン・エアコン
脱衣・洗面所	1	洗面カウンター・洗濯機
浴室	1	ユニットバス・シャワー
便所	2	洋便器・ウォシュレット・手洗い・手すり
玄関		下駄箱

当事業所では、厚生労働省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
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1人		1人			1人
サービス管理責任者・世話人	1人		1人			0.2人
世話人・支援員	4人			4人		0.8人

当事業所では、厚生労働省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	常勤 1人
サービス管理責任者	ケアセンター ひより (連携機関) 兼務 1人
世話人	非常勤 2人

夜間～深夜の時間帯を通じて、利用者の体調不良や防災に関する緊急事態に対応するための体制を確保します。

緊急時連絡先
サービス管理責任者の携帯電話 080-1404-0332

6. サービス提供の内容

(1) 介護給付金・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・調理	・支援の必要な入居者に対し、個人で調理される方について希望者には状況に応じた支援をします。常に清潔・安全衛生に配慮した調理場環境を整えます。
着替え・整容等	・身だしなみ、清潔さには本人の意思を大切にし、入居者の状況に応じて適切な支援をします。
活動支援	・地域商店への単独買い物等、自立の支援をします。 ・また日中活動先との調整等を地域活動支援センターなどと連携し、支援します。
健康管理	・常時は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持って引き継ぎます。 ・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。（付き添い料がかかる場合があります。）

(2) 介護給付費・訓練等給付金対象外サービス内容

	サービスの内容	金額
家賃	非課税世帯は1万円を超える場合、1/2の補助等、各種補助あり。月の途中入所については日割家賃になりますが、最低家賃として1万円を徴収します。	月22,000円
共益費	洗濯機・掃除機・電子レンジ・電気ポット・エアコン・網戸等使用する物の修理、交換。	月5,000円
食材料費	平日夜のみ（日祝は自分で）	450円/日
光熱水道費		実費（人数割）
日常生活上必要となる諸経費	日常生活品の購入代金等利用者の日常生活に要する費用で利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる費用。	実費 （約600円/月程度）

〈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。

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) 利用料金のお支払い方法

前記の料金は1ヵ月ごとに計算し、10日過ぎにご請求します。毎月27日に各種銀行、JA等、口座引き落としによるお支払いとなります。

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病院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。

(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

利用者の症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。

医療機関の名称	中村クリニック	北見歯科
医院長名	平本 永基	北見 康
所在地	尼崎市武庫元町 1-27-1	尼崎市武庫町 4丁目 7-19
電話番号	06-6436-0818	06-6437-8214
診療科	内科・外科	歯科

緊急連絡先①	住所：尼崎市西昆陽1丁目31-22 電話番号：06-4962-5002 氏名：サービス管理責任者 橋本 芳江
緊急連絡先②	住所：尼崎市西昆陽1丁目31-22 電話番号：06-4962-5001 氏名：横山 玲子

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当事業所 苦情相談担当窓口 苦情解決責任者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 窓口担当者 サービス管理責任者 橋本芳江 ・ 利用時間 09:00～18:00 ・ 電話番号 06-6437-7559 ・ FAX 06-6437-7559 <ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情解決責任者 横山 玲子 ・ 利用時間 09:00～18:00 ・ 電話番号 06-4962-5001
尼崎市障害福祉課	所在地 〒660-8501 尼崎市東七松町1丁目23番1号 電話番号06-6489-6352 FAX06-6489-6351 受付日・時間 月～金 9:00～17:15
兵庫県運営適正化委員会	所在地 神戸市中央区坂口通2丁目1-18（兵庫県福祉センター） 電話番号・FAX 078-242-6868 / 078-271-1709 受付日・時間 月～金 9:00～17:15

11. 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	<ul style="list-style-type: none"> ・ 誘導灯 有 ・ 消火器 有 ・ カーテン等は防災性能のあるものを使用しています。
平時の訓練	・ 利用者の方とともに避難・防災訓練を実施します。
消防計画	消防署への届出日：1年に1度（概ね8月頃）
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。 加入保険会社名：「兵庫県福祉サービス総合保障制度」

12. 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	共同生活住居の設備、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・飲酒	全室禁煙です。飲酒も禁止です。

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、希望により世話人及びバックアップ事業所にて管理を致します。
火災予防	火災予防のため、居室内では、エアコン・電気ゴタツ・ホットカーペット以外の暖房器具は使用しないでください。また、電気製品等は適正に使用するなど、火災予防に努めてください。

共同生活援助事業サービス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。

年 月 日

事業所名 シェアハウス 武庫の里
(住宅名：シェアハウス水堂)

説明者職名 管理者 山岸 亜佑子

私は、本書面に基づいて事業者から共同生活援助サービス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

代理人 住所
氏名 印
続柄