

指定共同生活援助 契約書

体験利用契約

入居利用契約

株式会社HSM
グループホームおうち
習志野1号館



共同生活援助契約書

（以下、「利用者」といいます。）と

株式会社HSM

（以下、「事業者」といいます。）は、事業者が利用者に対して行う共同生活援助について、次のとおり契約します。

第1条（契約の目的）

事業者は、利用者に対し、障害者総合支援法の趣旨にしたがって、共同生活援助を提供し、利用者は、事業者に対し、そのサービスに対する料金を支払います。

第2条（契約期間）

- この契約の契約期間は、
 体験利用契約については、 _____ から _____ まで
 入居利用契約については、 _____ から 利用者の訓練等給付費満了まで
とします。
- 契約満了日の30日前までに、利用者から事業者に対して、文書により契約終了の申し出がない場合、かつ利用者の訓練等給付費支給期間終了後に改めて支給決定された場合、契約は更新されるものとします。

第3条（共同生活援助の内容）

- 事業者は、利用者に対し食事の提供、利用者に対する相談、その他の日常生活上の援助、その他障害者総合支援法令に定める必要な援助を提供します。
- 利用者が利用できるサービスの種類は、「契約書別紙」のとおりです。事業者は「契約書別紙」に定めた内容について、利用者及びその家族に説明します。
- 事業者は、サービスの提供に当たり、自傷他害の恐れが急迫で、他に取りうる手段がない場合を除き、身体抑制を行いません。

第4条（個別支援計画の作成）

- 事業者は、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう支援するため、個別支援計画を作成します。
- 事業者は、個別支援計画について、少なくとも6ヶ月に1回以上、利用者との面接により実施状況を把握し、必要に応じて個別支援計画の変更を行います。
- 第1項および第2項の個別支援計画については、その内容について利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得ます。また当該計画について、利用者に対して書面で交付します。

第5条（訓練等給付費支給申請に係る援助）

事業者は、利用者が訓練等給付費支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請を円滑に行えるよう、利用者を援助します。

第6条（サービス提供の記録）

- 事業者は、共同生活援助のサービス提供に関する諸記録を作成し、契約終了後5年間保存します。
- 利用者は、16時～18時に、その事業所において、当該利用者に関する1項の諸記録を閲覧できます。
- 利用者は、当該利用者に関する1項の諸記録の複写物の交付を受けることができます。

第7条（料金）

- 利用者は、サービスの対価として「契約書別紙」に定める料金をもとに計算された月ごとの合計額を支払います。
- 事業者は、当月の料金の合計額の請求書に明細書を付して、翌月15日までに利用者に対して通知します。
- 利用者は、当月の利用料金の合計額を、翌月27日までに（銀行引き落とし等の方法で）支払います。
- 事業者は、利用者から料金の支払いを受けたときは、利用者に対して領収証を発行します。

第8条(相談・苦情対応)

- 1 事業者は、利用者からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、この契約に関する利用者の要望、苦情等に対し、利用者の立場に立って、誠実かつ迅速に対応し、改善に努めます。なお、苦情の申立てによって、利用者が不利益な対応を受けることは一切ありません。
- 2 次の事由に該当する場合は、利用者は事業者に対し、改善及び改善結果の報告を求めることができます。
 - ① 事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合
 - ② 事業者が守秘義務に反した場合
 - ③ 事業者が利用者やその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

第9条(契約の終了)

- 1 利用者は、事業者に対して30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
- 2 前項の規定にかかわらず、第8条第2項に規定する事由に該当した場合及び事業者が破産した場合は、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 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
 - ① 利用者のサービス利用料金の支払いが正当な理由なく2ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日間以内に支払われない場合
 - ② やむを得ない事情により事業所を廃止または縮小する場合
- 4 次の事由に該当した場合、事業者は、利用者に対して何らの催告又は予告なくして、文書で通知することにより、この契約を解除することができます。
 - ① 利用者において、事業者、サービス従業者又は他の入居者に対して、この契約を継続しがたいほどの重大な背信行為を行った場合
 - ② 利用者において、利用申込みの際に申告した内容が虚偽であることが判明した場合
- 5 利用者の共同生活援助についての訓練等給付費の支給決定が取り消された場合、もしくは訓練等給付費支給期間終了に伴う訓練等給付費支給申請を行った結果、不支給となった場合、所定の期間の経過をもってこの契約は終了します。
- 6 次の事由に該当した場合は、この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もしくは他の障害福祉サービス施設等に入所した場合
 - ② 利用者が死亡した場合
- 7 体験利用契約の終了については、前5項を準用するものとする。
- 8 体験利用契約終了時、利用者が事業者に対して本入居契約に移行することを申し出、事業者が本入居契約への移行を承諾した場合、本入居契約が成立するものとします。なお、本入居契約に移行する場合、利用者は、契約締結日が記入された入居利用契約書に署名・押印を行うこととします。
- 9 その他、契約書別紙に挙げる退去事由に抵触した場合には、利用者に対して、30日間の予告期間をおいて文書で通知することにより、この契約を解除することができます。

(体験利用終了時)

- 1 体験利用契約終了時、本入居契約に移行する場合は利用者が事業者に契約更新を申し出ること、入居利用契約書に契約締結日、署名押印を行う事で利用契約継続に関し合意とします。

第10条(退去時の援助)

- 1 事業者は、契約が終了し、利用者が退去する際には、利用者の希望を踏まえた上で、利用者が退去後に置かれることとなる生活環境や援助の継続性に配慮し、円滑な退去のために必要な援助を行います。
- 2 事業者は、サービスの提供を終了する際には、その旨を支給決定を行った区市町村へ連絡します。

第11条(秘密保持等の体制及び個人情報に関する基本方針)

《秘密保持等の体制》

- 1 事業者及びその従業者は、サービス提供をするうえで知り得た利用者及びその家族に関する秘密を、正当な理由なく他の事業者及び第三者に漏らしません。この守秘義務は契約終了後も同様です。
- 2 前項の規定にかかわらず、サービスの質の向上を目的とした第三者評価機関による審査のために、事業者が利用者の個人情報をを用いることに、利用者は同意します。

- 3 事業者は、他の指定障害福祉サービス事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者の同意を得ます。

《個人情報に関する基本方針》

事業者は、保有する利用者等の個人情報に関し、適正かつ適切な取扱いに努力するとともに、広く社会からの信頼を得る為に以下のルール及び体制を確立し、個人情報に関連する法令、その他関係法令及び厚生労働省のガイダンスを遵守し、個人情報の保護を図ります。

(1) 個人情報の適切な取得・管理・利用・開示・委託

- ①個人情報の取得にあたり、利用目的を明示した上で、必要な範囲の情報を取得し、利用目的を通知または公表し、その範囲内で利用することとします。
- ②個人情報の取得・利用・第三者提供にあたり、本人の同意を得ることとします。
- ③事業者が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託にあたり、個人情報保護法と厚生労働省ガイダンスの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定し、かつ個人情報に関わる契約を締結した上で情報提供し、委託先への適切な監督をすることとします。

(2) 個人情報の安全性確保の措置

- ①事業者は、個人情報保護の取組みを全役職員等に周知徹底させるために、個人情報に関する規則類を整備し、必要な教育を継続的に行うこと。
- ②個人情報への不正アクセス、個人情報の漏洩、滅失、または棄損の予防及び訂正のため、事業所内において規則類を整備し安全対策に努めることとします。

(3) 個人情報の開示・訂正・更新・利用停止・削除・第三者提供の停止等への対応

事業者は、本人が自己の個人情報について、開示・訂正・更新・利用停止・削除・第三者提供の停止等の申し出がある場合には、速やかに対応することとします。

(4) 苦情の対応

事業者は、個人情報取扱に関する苦情に対し、適切かつ迅速に対応することとします。

《個人情報の利用目的》

事業者が利用者及び、甲の家族の個人情報を利用する目的は以下の通りとします。

- (1) 計画書作成にあたり、ケアカンファレンス、職員会議等の実施のため
- (2) 指定居宅介護支援事業者、医療機関、福祉事業者等との連携（サービス担当者会議等）照会への回答のため
- (3) 利用の有無、利用時の様子に関する甲の家族等への心身状況説明のため
- (4) 事故、緊急時等の対応及び報告のため
- (5) 保険事務（請求処理、会計処理等）
- (6) 損害賠償保険等に関わる保険会社等への相談または届出等
- (7) 行政等外部監査期間、評価機関等への情報提供、委託業務、法律上公的機関への提出
- (8) 一般就労等に向け他企業から問い合わせ等
- (9) 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合

《個人情報の利用条件》

- (1) 個人情報の提供は必要最低限としサービス提供に関わる目的以外決して利用しない。
また、ご利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても
- (2) 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し請求があれば開示する。
- (3) 緊急を要すると判断した場合は、必要最小限の個人情報を、上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかにご利用者に対して報告する。
- (4) ご利用者及びそのご家族の求めに応じて、第三者への個人情報の提供を中止する。

個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外で使用いたしません。

又、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結からサービス終了後においても第三者に漏らすことはございません。個人情報に関する基本方針に基づき取扱いを行います。

第12条(賠償責任)

事業者は、サービスの提供にともなって、事業者の責めに帰すべき事由により利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合は、利用者に対してその損害を賠償します。

第13条(緊急時の対処)

事業者は、利用者の健康状態が急変した場合は、医師に連絡を取る等必要な処置を行うとともに、あらかじめ届け出られた連絡先に、速やかに連絡します。

第14条(本契約に定めのない事項)

- 1 利用者及び事業者は、信義誠実をもってこの契約を履行するものとします。
- 2 この契約に定めのない事項については、障害者総合支援法令その他諸法令の定めるところに従い、双方が誠意を持って協議のうえ定めます。

第15条(裁判管轄)

この契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

第16条(反社会的勢力の排除)

- 1 利用者は、事業者に対し、暴力団、暴力団員、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、暴力団又は暴力団関係企業の構成員、総会屋、社会運動等標ぼうゴロ、政治活動標ぼうゴロ、特殊知能暴力集団その他これらに準ずる者(以下「反社会的勢力」という。)に該当しないこと、及び次の各号のいずれにも該当しないことを表明します。
 - (1) 自己もしくは第三者の利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって、不当に反社会的勢力を利用すること。
 - (2) 反社会的勢力に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなどの関与をしていると認められるとき。
- 2 利用者及び事業者は、相手方が、又は相手方が第三者を利用して次の各号の一つにでも該当する行為をした場合には、何らの催告なくして、即時にこの契約を解除することができるものとします。
 - (1) 暴力的な要求行為
 - (2) 法的な責任を超えた不当な要求行為
 - (3) 脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為
 - (4) 風説を流布し、偽計又は威迫を用いて相手方の信用を棄損し、又は相手方の業務を妨害する行為
 - (5) その他前各号に準ずる行為
- 3 利用者及び事業者が前2項の規定によりこの契約を解除した場合には、相手方に損害が生じても何らこれを賠償ないし補償することは要せず、また、この契約の解除により自己に損害が生じたときは、相手方はその損害を賠償するものとします。

第17条(写真掲載の承諾、及び、肖像権使用同意確認)

- 1 当事業所では、日々の活動を幅広く地域の方々にご理解頂くために、サービス時の様子などをホームページ等のインターネットサービスや事業所パンフレット等の広告物に掲載しております。
つきましては、利用者様の活動中の写真などをそれらの媒体に掲載することを利用者様・ご家族に承諾頂ければ幸いです。掲載の可否を下記用紙にご記入の上、担当者にお渡しください。
- 2 同意の内容は以下のとおりです。
 - 1) この同意により、私本人及び親族等の第三者から、クレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証します。
 - 2) 株式会社HSM及びその関連会社の、ホームページ・ブログ・パンフレット・社内研修・掲示物・広報誌などに使用されることに同意します。
 - 3) 広告・映像・印刷物・商品などへの使用に対する、金銭的対価は生じないことを了承致します。

写真が掲載されることを

確認欄	項目
	1、承諾します。
	2、写真を加工し、個人が特定出来ない状態であれば、承諾します。
	3、後姿や身体の一部等、個人が特定出来ない状態であれば、承諾します。
	4、承諾しません。

第18条 (アレルギー症状の対応に関する同意)

アレルギー疾患につきましては可能な範囲にて配慮させていただきますが、アレルギー対応食等、内容によっては対応できないこともございます。アレルギー疾患をお持ちの方については、利用開始前に、必ずご申告・ご相談いただきますようお願いいたします。

なお、過去に日本小児アレルギー学会策定の「アレルギー症状の重症度評価」における中等症以上の症状が確認されている方につきましては、設備・人員の関係上、ご利用をお断りさせていただいております。

確認欄	項目
	アレルギー疾患の有無及びアレルギー症状の原因物質や症状等について申告した内容に誤りはありません。
	過去に、アレルギー症状の重症度評価表(日本小児アレルギー学会)においてグレード2・中等症として記載された各症状が確認されたことはありません。
	入所後に、アレルギー症状が出た場合、すみやかに事業者へ申告します。
	申告した内容について虚偽であることが判明した場合又は入所後に発症したアレルギー症状に関する申告を怠った場合、入所契約を解除されても異議を述べません。

以上の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が別紙、契約書類署名押印欄に署名押印のうえ、1通ずつ保有するものとします。

第19条 (退去事由に関わる誓約)

以下の事由が確認された場合、利用契約を解除のうえ、当ホームから退去していただく場合がございます。

- 1 他入居者・従業員への暴言・暴力行為
- 2 自傷・自殺未遂にあたる行為 またはそれを示唆する言動・行為
- 3 他入居者・従業員へのセクシャルハラスメント
- 4 事前の連絡のない門限(21:00)を過ぎる帰宅
- 5 自室で電子タバコ以外での喫煙行為
- 6 近隣住民への迷惑行為
- 7 施設設備等の破壊行為
- 8 禁止されている物品の持ち込み
- 9 許可なく他人を招き入れる行為
- 10 2ヶ月以上の利用料金の滞納
- 11 事業所内の物品・食材の無断持ち出し
- 12 法律や条例等に違反する行為
- 13 その他、共同生活を営む上で著しく不適切と認められる行為
- 14 契約者以外の方の部屋の利用が必要となった場合
- 15 妊娠が判明した場合

また、当ホームが利用者の疾患等により日常生活に支障をきたしていると判断した場合には、必要に応じて医師の指示に従っていただき、入院治療を行っていただきます。

当ホームの指示に応じていただけない場合、利用契約を解除のうえ、退去していただく場合がございます。

確認欄	項目
	私は、共同生活を営む上で、以下の事項を確認のうえ、同意します。

契約書別紙

この契約書別紙は、本契約の条項に基づき、利用者個別の事項を定めます。

1 提供するサービスの内容

- (1)居室
個室となります。
- (2)食事
朝食と夕食は、ホームで提供します。昼食は、原則として各自でおとりいただきます。

(3)日中活動支援

日中活動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。

(4)健康管理の援助

協力医療機関として 医療法人 健志会 薬円台整形外科内科 と協定を結んでおり、日常の健康管理を行います。

*新型コロナウイルス感染症等発症時において、一時的な感染拡大防止策を必要とする場合は医療機関・保健所及び各関係機関の指示に従い対応する事とします。

(5)金銭管理の援助

利用者の小遣い帳への記帳等について支援します。

(6)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に伴う訓練等給付費支給申請について、援助を行います。

(7)アレルギー対応について

アレルギー疾患につきましては可能な範囲にて配慮させていただきますが、アレルギー対応食等、内容によっては対応できないこともございます。アレルギー疾患をお持ちの方については、利用開始前に、必ずご申告・ご相談いただきますようお願いいたします。

なお、過去に日本小児アレルギー学会策定の「アレルギー症状の重症度評価」における中等症以上の症状が確認されている方につきましては、設備・人員の関係上、ご利用をお断りさせていただいております。

2 料金

障害福祉サービス利用者負担額	厚生労働大臣が定める基準額の1割。ただし各区市町村長が定めた利用者負担上限月額を上限とする。
家賃	月額 35,000 円
共益費	月額 3,000 円
食材料費	朝食 350 円 夕食 550 円 / 1食あたり
水光熱費	月額 12,000 円
日用品費	月額 5,000 円
体験利用	日額 1,850 円

このほか、利用者の事情により必要となる嗜好品等は、実費をいただきます。

入居時 無料レンタル品 利用規約

この度はグループホームおうち習志野へのご入居ありがとうございます
グループホームおうち習志野では入居時のご負担を軽減できるよう下記物品を無料レンタルしてお
ご利用には次の事をお約束していただきますのでご確認の程お願いいたします

■ 無料レンタル物品のご確認(ご確認いただき✓チェックをご記入ください)

- ベット枠
- 布団一式
- 洗濯機
- ミニ冷蔵庫
- エアコン
- 無料Wi-Fi(JCOM)
- 時計
- カーテン

■ 利用規約(ご確認いただき✓チェックをご記入ください)

- 退去時には返却していただきます
- レンタル品を第3者への貸出、居室外へ持ち出しすることは出来ません
- 製品不良などはすぐにご相談ください(状況を確認後交換対応させていただきます)
- 使用方法を守りご利用ください
- ご利用者様の故意、重過失による「紛失」「破損」「故障」は下記金額をお支払いいただきます

費用:ベット枠¥30,000円 布団一式:10,000円 洗濯機:30,000円 冷蔵庫20,000円 エアコン:100,000円
無料Wi-Fi機器:50,000円 時計:2,000円 カーテン:10,000円

無料レンタル品 返却時確認書

管理者はご利用者様と状態を一緒に確認し、✓チェックをしてください

良 不良

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------|------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ベット枠 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 布団一式 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 洗濯機 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ミニ冷蔵庫 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | エアコン | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 無料Wi-Fi設備 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 時計 | (備考: |) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | カーテン | (備考: |) |

返却時状況確認いたしました

年 月 日

株式会社HSM 担当者

印

利用者様氏名

印

【報酬単位に関する説明・同意書】

報酬単位に関する説明・同意書につきまして、こちらにご同意を頂きたく、お願い申し上げます。

給付費一覧

項目		単位数	
共同生活援助サービス費(Ⅰ) (6:1)	区分6	1日につき 600単位	
	区分5	1日につき 456単位	
	区分4	1日につき 372単位	
	区分3	1日につき 297単位	
	区分2	1日につき 188単位	
	区分1以下	1日につき 171単位	
共同生活援助サービス費(Ⅳ) (体験利用)	区分6	1日につき 717単位	
	区分5	1日につき 569単位	
	区分4	1日につき 481単位	
	区分3	1日につき 410単位	
	区分2	1日につき 290単位	
	区分1以下	1日につき 273単位	
人員配置体制加算	イ 人員配置体制加算(Ⅰ)12:1	区分4以上	1日につき 83単位
		区分3	1日につき 33単位
	ロ 人員配置体制加算(Ⅱ)30:1	区分4以上	1日につき 77単位
		区分3	1日につき 31単位
	ホ 人員配置体制加算(Ⅴ)7.5:1	区分4以上	1日につき 138単位
		区分3	1日につき 121単位
	へ 人員配置体制加算(Ⅵ)20:1	区分4以上	1日につき 53単位
		区分3	1日につき 45単位
ワ 人員配置体制加算(ⅩⅢ)12:1		1日につき 73単位	
カ 人員配置体制加算(ⅩⅣ)30:1		1日につき 28単位	
夜間支援等体制加算(Ⅰ)	夜間支援対象利用者 2人以下	区分4以上	1日につき 672単位
		区分3	1日につき 560単位
		区分2	1日につき 448単位
	夜間支援対象利用者 3人	区分4以上	1日につき 448単位
		区分3	1日につき 373単位
		区分2	1日につき 299単位
	夜間支援対象利用者 4人	区分4以上	1日につき 336単位
		区分3	1日につき 280単位
		区分2	1日につき 224単位
	夜間支援対象利用者 5人	区分4以上	1日につき 269単位
		区分3	1日につき 224単位
		区分2	1日につき 179単位
	夜間支援対象利用者 6人	区分4以上	1日につき 224単位
		区分3	1日につき 187単位
		区分2	1日につき 149単位
	夜間支援対象利用者 7人	区分4以上	1日につき 192単位
		区分3	1日につき 160単位
		区分2	1日につき 128単位
	夜間支援対象利用者 8人	区分4以上	1日につき 168単位
		区分3	1日につき 140単位
		区分2	1日につき 112単位
	夜間支援対象利用者 9人	区分4以上	1日につき 149単位
		区分3	1日につき 124単位
		区分2	1日につき 99単位
夜間支援対象利用者 10人	区分4以上	1日につき 135単位	
	区分3	1日につき 113単位	
	区分2	1日につき 90単位	

夜間支援等体制加算(IV)	夜間支援対象利用者15人以下	1日につき 60単位
	夜間支援対象利用者30人	1日につき 30単位
ピアサポート実施加算		1月につき 100単位
退居後ピアサポート実施加算		1月につき 100単位
入院時支援特別加算 (月1回を限度)	入院期間が3日以上7日未満	1回につき 561単位
	入院期間が7日以上	1回につき 1122単位
帰宅時支援加算 (月1回を限度)	外泊期間が3日以上7日未満	1回につき 187単位
	外泊期間が7日以上	1回につき 374単位
長期入院時支援特別加算		1日につき 122単位
長期帰宅時支援加算		1日につき 40単位
地域生活移行個別支援特別加算		1日につき 670単位
精神障害者地域移行特別加算		1日につき 300単位
障害者支援施設等感染対策向上加算	I	1月につき 10単位
	II	1月につき 5単位
新興感染症等施設療養加算(月5回を限度として)		1日につき 240単位
身体拘束廃止未実施減算		1日につき -10%単位
情報公表未報告減算		1日につき -10%単位
虐待防止措置未実施減算		1日につき -1%単位
業務継続計画未策定減算		1日につき -3%単位
退居後共同生活援助サービス費		退居後、3月を限度として、1月につき2000単位
退居後外部サービス利用型共同生活援助サービス費		退居後、3月を限度として、1月につき2000単位
福祉・介護職員等処遇改善加算(I) (当事業所では職員の賃金等の処遇改善を図っています)		基本単位+加算単位の1000分の 147

指定共同生活援助 重要事項説明書

体験利用契約

入居利用契約

株式会社HSM
グループホームおうち
習志野1号館



重要事項説明書

(令和6年4月1日 現在)

1 事業者の概要

名称	株式会社HSM
法人種別	営利法人
法人所在地	東京都台東区東上野二丁目23番9号岩瀬第2ビル2階
電話番号	03-5846-2500
代表者氏名	代表取締役 長谷部 雅人
法人の沿革	法人設立日： 平成25年12月11日
事業内容	児童福祉法に基づく障害児通所支援事業 障害者総合支援法に基づく就労移行支援事業及び就労継続支援事業(B型) 共同生活援助支援施設
法人が所有する営業所の種類・数	児童福祉法に基づく障害児通所支援施設 0か所 障害者総合支援法に基づく就労移行支援施設 0か所 障害者総合支援法に基づく就労継続支援(B型)施設 0か所 障害者総合支援法に基づく共同生活援助支援施設 1か所

2 事業所の概要

事業の種類	障害者総合支援法に基づく共同生活援助
事業所の名称	グループホームおうち習志野1号館
事業所の所在地	千葉県習志野市大久保2-5-12 LUANA III 501
事業所の電話番号	0474-03-1700
事業所番号	1220200172 (令和4年4月1日 指定)
事業所開設年月日	令和4年4月1日
事業所の敷地面積	176.49㎡
事業所の延面積	176.49㎡
入居定員	10名
運営方針	利用者主体の運営をしております。
職員への研修の実施状況	採用時研修(採用時2か月以内に実施) 隔月での虐待防止研修や職員会議

3 事業所の職員体制

職種	勤務体制
管理者	1名(常勤)
サービス管理責任者	1名(非常勤)
世話人	3名(非常勤)
生活支援員	1名(非常勤)

4 事業所の設備の概要

①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	8部屋	19.6㎡	あり	

②その他の設備

設備の種類	備考
食堂 1ヶ所	
トイレ 2ヶ所(食堂) 1ヶ所(各部屋)	
トイレ 2ヶ所(食堂) 1ヶ所(各部屋)	
世話人室 1ヶ所	

5 主たる対象者

知的障害・精神障害

6 サービス内容

① 食事

(食事時間)	朝食6:30～8:00 夕食18:00～21:00(食堂での最終オーダーは20:30)
--------	--

※昼食は、原則として各自でお取りいただきます。

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	毎日バイタルチェックを行います
医療機関の受診	体調不良の際は提携医療機関への通院を行います

*新型コロナウイルス感染症等発症時において、一時的な感染拡大防止策を必要とする場合は医療機関・保健所及び各関係機関の指示に従い対応する事とします。

④ 金銭管理の援助

小遣い帳への記載など、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 地域との交流

地域住民との交流	地域の活動や祭り等、積極的に参加していきます。ご本人様の意志を尊重し、参加の有無を決めていきます。
----------	---

7 利用料金

障害福祉サービス利用者負担額	厚生労働大臣が定める基準額の1割。ただし、各区市町村が定めた利用者負担上限月額を上限とする。
家賃	月額 35,000 円(体験利用時は日割り相当額)
共益費	月額 3,000 円(体験利用時は日割り相当額)
水光熱費	月額 12,000 円(体験利用時は日割り相当額) ※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。
食材料費	1食 朝食: 350 円 夕食: 550 円 1か月31日で計算した場合 月額 27,900 円
日用品費	月額 5,000 円(体験利用時は日割り相当額) ※日用品費としてご負担いただくもの ・居室および食堂で共用するティッシュペーパー、トイレ掃除備品 ・居室および食堂で手洗い場等で共用する石鹸、トイレトペーパー ・居室で使用するシャンプー&リンス、ボディソープ ・その他食堂で使用する備品等 ※毎月定額をお支払いいただきます。
体験利用	日額 1,850 円

この他、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、事業者が利用者によ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。

8 支払方法

上記利用料金の支払いは、1ヵ月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、27日までにお支払い下さい。

支払いは、原則として口座引き落としをお願いします。ただし、これにより支払いがたい場合は、現金または振込みをお願いします。

9 入退去

(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、電話等でご連絡下さい。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機関と同じです。ただし、引き続き支給も一定を受け、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、守秘義務に違反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱した行為を行った場合、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2ヵ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず、10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、退去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、退去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

(体験利用終了時)

- 1 体験利用契約終了時、本入居契約に移行する場合は利用者が事業者へ契約更新を申し出ること、入居利用契約書に契約締結日、署名押印を行う事で利用契約継続に関し合意とします。

10 当ホームご利用に際し留意していただきたい事項

面会	面会は可能です。面会可能時間は平日10時～17時の間と致します。 面会の際は、事前に事業所までご連絡をお願い致します。
外出・外泊	外泊届を1週間前までに提出し、管理者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をお願いします。
喫煙	電子タバコのみ、自室での喫煙に限り許可しております
居室等の利用	当ホームの居室は単身用居室となります。ご本人様以外の方の宿泊や同居は禁止させていただきます。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	利用者の責任において管理していただきます。 自己管理できない利用者につきましては、預かり金管理サービスをご利用いただけます。

11 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連絡します。

医療機関名	
主治医氏名	
所在地	
電話番号	
【緊急連絡先】	
氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

12 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	医療法人 健志会 薬円台整形外科内科
所在地	千葉県船橋市西習志野四丁目 21-6
電話番号	047-461-7105

13 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	グループホーム ビートル 東船橋
所在地	千葉県船橋市中野木1-1-1 EWレジデンス
電話番号	047-409-9185
連携体制	有り

14 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」に従って対応します。
防火管理責任者	牧野 裕美
避難訓練	利用者も参加の上、年2回実施します。
防災設備	・特定小規模施設用自動火災報知設備 ・消火器具 ・誘導灯

15 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	牧野 裕美
電話番号	0474-03-1700
受付時間	9:00~17:00(平日)

また、千葉県社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区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	千葉県社会福祉協議会 千葉県運営適正化委員会
電話番号	043-246-0294
受付時間	月~金 9時~17時(平日)

上記事業者より本書の説明を受け、以下書類に同意し、交付を受けました。

利用者 確認欄	ご家族 確認欄	項目
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）契約書
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）重要事項説明書
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）契約書の秘密保持等の体制及び個人情報に関する基本方針
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）契約書の写真掲載の承諾
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）契約書のアレルギー症状の対応に関する同意
		指定共同生活援助（介護サービス包括型）契約書の退去事由に関わる誓約
		契約書別紙
		入居時 無料レンタル品 利用規約
		無料レンタル品 返却時確認書
		【報酬単位に関する説明・同意書】

本契約書一式の説明、及び、同意年月日	令和 年 月 日
--------------------	----------

事業者 乙	住所	東京都台東区東上野二丁目23番9号岩瀬第2ビル2階
	事業者名	株式会社HSM
	代表者名	代表取締役 長谷部 雅人
事業所	住所	千葉県習志野市大久保2-5-12 LUANA III 501
	事業者名	グループホームおうち習志野1号館
	説明者名	牧野 裕美

上記事業者より本書の説明を受け、同意し、交付を受けました。

利用者 甲	住所	
	氏名	
甲のご家族代表	住所	
	氏名	

利用者様は、身体の状況等により署名が出来ないため、利用者様本人の意思を確認の上、私は利用者様に代わって、その署名を代筆しました。

代理人	住所	
	氏名	