

共同生活援助ホームとらむ(荒川区用)
重要事項説明書・サービス内容説明書

(2024 年 4 月 21 日現在)

当事業者があなたの入居に際し、説明すべき重要事項・サービス内容は以下のとおりです。

1 事業者の概要

名称	トラムあらかわ
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	〒116-0012 東京都荒川区東尾久3-20-10 ベルメゾンエス2階
代表者氏名	川村 絹恵
法人の沿革・特色	当法人は、昭和60年に精神障害者共同作業所荒川ひまわり作業所を開設した以前から、長く荒川区精神障害者家族会(めぐみ会)活動を通して地域の精神保健福祉活動に寄与してきました。現在もその理念を踏襲しつつさらに広く各方面との協力連携体制をとりながら社会貢献に務めています。
法人が運営する事業所の種類・数	就労継続支援 B 型事業 1箇所(荒川ひまわり) 就労継続支援 B 型事業 1箇所(荒川ひまわり第2) 地域生活支援センター 1箇所(支援センターアゼリア …荒川区より運営受託) 地 域 生 活 援 助 1 箇所(ホームとらむ)

2 事業所の概要

名称	ホームとらむ	
所在地(本体住居)	(個別にお伝えします)	
名称	ホームとらむ ROSSO	
所在地(サテライト)	(個別にお伝えします)	
名称	ホームとらむ LEGRIS	
所在地(サテライト)	(個別にお伝えします)	
電 話	ホーム…03-3810-5166(ファックス兼用)	世話人携帯…(入居時にお伝えします)
事業所番号	1321800045 (18年10月1日指定)	
事業の目的	地域精神保健福祉の向上を目的としながら、精神障害者の地域生活支援を行なう。併せて、精神障害に対する理解促進・広報啓発活動にも積極的に取り組みます。	
運営方針	利用者個々人の個性を尊重しつつ関わりながら、様々な地域の個人・団体・社会資源との連携も維持します。	
開設年月日	平成 16 年 12 月 24 日	
入居定員	ホームとらむ・5名 サテライト型ホームとらむ ROSSO・1 名 サテライト型 LEGRIS・1名 計 7 名	

3 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計数	資格等
施設長 兼 世話人	1		1	精神保健福祉士
サービス管理責任者				
専任世話人	1		1	社会福祉士・精神保健福祉士
代替世話人		1	1	精神保健福祉士
サービス管理責任者				

※施設長は、事業所の従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行う。

※サービス管理責任者は、個別支援計画の作成業務のほか、事業所に対する利用申込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理等を行うものとする。

また、日中活動先等との連携及び調整並びに余暇活動について、利用者が自立した社会生活を営むことができるよう必要な支援を行うものとする。

※世話人は、食事の提供、健康管理・金銭管理の援助等日常生活に必要な援助を行うものとする。

4 事業所設備等の概要

①居室

・ホームとらむ

居室の種類	室数	居室面積	備考
1人部屋	5	8㎡(約5.5畳)	エアコン・火災報知器・消火器を設置

・サテライト ホームとらむ ROSSO

居室の種類	室数	居室面積	備考
1人部屋	1	26.73㎡	エアコン・火災報知器・消火器を設置

・サテライト ホームとらむ LEGRIS

居室の種類	室数	居室面積	備考
1人部屋	1	20.67㎡	エアコン・火災報知器・消火器を設置

②その他設備

・ホームとらむ

設備の種類	備考	設備の種類	備考
食堂	1箇所	トイレ	2箇所
浴室	1箇所	洗面所	1箇所
洗濯機	1台(洗面所)	TV	1台(食堂)

・サテライト ホームとらむ ROSSO

設備の種類	備考	設備の種類	備考
食堂	1箇所	トイレ・洗面所(UB)	1箇所
浴室	1箇所	洗濯機	1台

・サテライト ホームとらむ LEGRIS

設備の種類	備考	設備の種類	備考
食堂	1箇所	トイレ・洗面所(UB)	1 箇所
浴室	1箇所	洗濯機	1台

5 主たる対象者

精神障害者

6 サービス内容

①食事

朝食・昼食	ご自分で用意いただきます。
夕食	水金日を除く週 4 日は、当番の入居者と世話人で献立作り・買い物・調理を担当し、会食します。水曜・金曜・日曜はご自分で用意いただきます。 プログラムによっては、内容が変更になる事もあります。
食事全般	体調等健康状態によって必要に応じた買い物代行・献立調整や相談支援をします。

②日中活動

日中、自立訓練事業やデイサービス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、必要に応じてサービス提供事業者や職場等と連絡・調整を行います。
--

③健康管理

日常的健康管理	体調管理や服薬管理・衛生管理等、必要に応じて相談・支援を行います。
医療機関の受診	通院・診察に関する相談支援等を必要に応じて行います。また、通院の同行や医療機関との連絡・調整等も必要に応じて行います。

④家事

掃除・炊事・洗濯・整理整頓等家事技術全般について、必要に応じて相談支援を行います。

⑤金銭管理

生活費全般	生活費の管理方法や使途方法等について必要に応じて相談支援を行います。また希望があれば、生活費に関する現金や通帳などを預かることも行います。
自立資金積立	希望により、退居時に必要になる資金を準備するための積立口座を管理支援します。

⑥訓練等給付費・支援医療費支給申請の援助

訓練等給付費や支援医療費の支給期間終了後も継続して支援を受けることを希望した場合、再度申請を行う際に必要な支援を行います。

7 家族やとの交流

当法人の機関紙「トラムレター」を月に1回発行し、生活状況と共にお送りしています。
--

8 地域との交流

町内会に加入し、夏祭りや消防訓練に参加しています。また、有価物収集に協力しています。

9 利用料金

障害福祉サービス利用者	共同生活援助サービス費 1日につき 区分 6 668 単位、区分 5 552 単位、区分 4 471 単位、 区分 3 385 単位、区分 2 295 単位、区分1以下 259 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 10 単位 日中支援加算 1日につき 135 単位 入院時支援加算 7 日未満 1 回 561 単位、7 日以上 1 回 1,122 単位 福祉・介護職員支援加算 基本単位＋加算単位の 1,000 分の 10 なお、サービス提供に要する額として、事業者が利用者の代わりに区市町村から受給した訓練等給付の額については、書面にて利用者にもその都度通知します。
障害福祉サービス利用者負担上限額	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。
保証金	本契約時のみ 50,000 円 ＊ 退去時にクリーニング費等を差引き精算します。 ＊ サテライトに移動する際は本体退去時のクリーニング費を差し引き、残金をサテライトのクリーニング費に充てます。
家賃	ホームとらむ 月額 68,040 円 ROSSO・LEGRIS 月額 58,440 円 生活保護受給の方のみ、住宅扶助での自己負担となります。 ＊ 特定障害者特別給付より 10,000 円は補助されています。
夕食会費	月 額 9,000 円 ＊ 週 4 日開催する夕食会食材費です。 ＊ 毎月定額をお支払いただきますが、6ヶ月毎に精算。 ＊ 退去時は該当月分を日割りで精算。
光熱水費	月 額 9,000 円 ＊ 毎月定額をお支払いただき、6ヶ月毎に清算。
日用品費	月 額 4,000 円 ＊ サテライト利用の際は、余剰金を退去時のクリーニング費に充てます。
その他経費	同行費…世話人の交通費は自己負担となります。 予め、10,000 円をお預けになるか、その都度精算とします。

10 料金支払方法

家賃(生活保護受給者のみ)	翌月分を月末までにお支払いください。
夕食会費・共益費	翌月分を月末までにお支払いください。

11 入退居

入居	① 入居にあたっては、身元引受人またはその代理が必要です。 ② 入居が決定した場合、利用契約をします。契約の有効期間は、訓練等給付費支給決定期間と同じです。 ③ 入居に際しては、適切なサービスを提供するために、心身の状況や生活歴・病歴等を把握させていただきます。
契約の終了	① 利用者は当事業者に対し、7 日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除できます。 ② 前項の規程にかかわらず、あなたは解約申し入れの日から契約終了までの賃料又は賃料相当額を事業者を支払う事により、随時に本契約を終了することができます。 ③ 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、利用者やご家族に対し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できます。 ④ 利用者がサービス利用料金の支払いを正当な理由なく遅延した場合、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ます。 ⑤ 利用者が利用契約書第 9 条に定められている禁止または制限される行為をおこなった場合、契約を解除し、終了していただくことがあります。 ⑥ 利用者が心身の病状悪化により、正当な理由なくサービスを拒否された場合、利用契約書第 11 条に定められている義務を怠った場合は契約を解除します。
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(所定の期間をもって終了します。) ③共同生活援助についての訓練等給付費支給決定が取り消された場合 ④入院等により、継続できなくなった場合 ⑤利用者が社会通念を逸脱する行為をおこなった場合 ⑥利用者が亡くなった場合

12 当ホームご利用に際し、留意いただきたい事項

居 室	①部屋割りは事業者が決めます。 ②私物の持込は原則OKです。また、電気容量の大きいものはお断りする場合がありますので、事前にご相談ください。 ③利用者には居室の鍵と玄関の鍵をお渡ししますので、自分で管理しましょう。(紛失した場合は自己負担にて再発行していただきます。また、合鍵は作らないで下さい。) ④お互いゆっくりくつろげる静かな環境づくりに協力しましょう。用事のある場合は、ドアをノックし、居室住人が出てくるまでお待ちください。入居者同士のお話はドア口か交流室にてお願いします。 ⑤居室に友人等を招く場合、他入居者や近隣への配慮をお願いします。また、状況によっては訪問をお断りする場合があります。 ⑥施設内は禁煙となっています。タバコを吸う人は、所定の場所をお願いします。吸殻は水につけて火が完全に消えたのを確認し、居室のゴミ箱に捨てて下さい。 ⑦定期的な掃除や布団干しをお願いします。これらを怠り、改善不可能な状況となった場合は、退去時に修繕費を支給させて頂くこともあります。
交流室 (食堂)	①私物を置きっぱなしにしないようにしましょう。ただし、冷蔵庫や棚は個人で購入した食品の保管に使って頂いてOKです。(容量に限度があります。) ②週4日の夕食会以外の炊事に、台所道具・調味料を使ってもOKです。後片付けはよろしくお願いします。 ③インターフォンがあります。音がしたら受話器を取って取次ぎをお願いします。ただし、知らない人や営業の人を招き入れないよう注意してください。
トイレ	1階に2箇所あります。利用はどちらでも自由ですが、汚れたときは掃除しましょう。
浴室	夕食会時と深夜・早朝以外は自由に使って結構ですが、出るときにはざっと流し、汚れ方によっては掃除をしましょう。
事務室他	事務室では世話人が事務をしたり電話応対をしたりしています。用事のある時は声をおかけ下さい。交流室から呼んでいただいても聞こえます。応答がないときはインターフォンをご利用下さい。
門限・外出	門限はありません。外出も自由ですが、鍵の管理と窓の施錠をお願いします。外泊の場合は世話人に事前にお知らせください。お友達などの訪問は午後1時から5時迄の間をご利用ください。ご家族等の訪問の場合もなるべくこの時間をお願いします。
防犯	ホームとらむには、玄関外と交流室に防犯カメラが設置されています。 防犯の目的以外にも災害時等で電話回線が使えなくなった際に、世話人との連絡ツールとして活用します。
緊急時	体調急変時等世話人にご連絡下さい。世話人の携帯番号は下駄箱と冷蔵庫に記してあります。 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じ、予めお知らせ頂いた緊急連絡先等へ速やかにご連絡します。 また、主治医に連絡が取れない場合は、当ホームの協力医療機関、顧問医のあべクリニック 阿部哲夫先生と協力し、利用者の病状の急変に備えています。 大地震や火事などによって建物が損傷し、安全な生活が営めない事態になった場合は、速

	やかに避難できるように避難先に移動しましょう。地震等大災害の際の町屋5丁目の広域避難所は尾久の原公園です。火事などの一時避難先は法人事務所(荒川ひまわり第2)です。 年に2回程度定期的に避難訓練を実施します(入居者は全員参加となります)。 また、必要に応じてあらかじめお知らせいただいた緊急時の連絡先に連絡します。
サテライト	①サテライトへの移動については、本人、関係機関との話し合いを行った上で決定します。 ②週5日夕食会は原則として参加していただきます。(ホーム利用時間朝 8 時～夜 9 時 30 分) ③週 1 日職員が訪問します。 ④週 1 回以上は世話人と一緒に清掃を行います。 ⑤日中活動を休んだ時には世話人にその旨連絡を入れてください。 ⑥数日に渡り連絡が取れない時はお部屋に入らせていただきます。 門限はありません。外出も自由ですが、鍵の管理と窓の施錠をお願いします。外泊の場合は世話人に事前にお知らせください。お友達などの訪問は午後 1 時から5時迄の間をご利用ください。ご家族等の訪問の場合もなるべくこの時間をお願いします。
その他	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の入居者に対する布教活動・政治活動等のご遠慮下さい。

13 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	あベクリニック
所在地	116-0014 東京都荒川区東日暮里 6-60-10 日暮里中央ビル5階
電話番号	03-5810-7808

14 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	荒川ひまわり第2(就労継続支援 B 型事業所)
所在地	116-0012 東京都荒川区東尾久3-20-10-2階
電話番号	03-3895-6149
連携体制	サービスの提供体制の確保等

15 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
防火管理責任者	施設長
避難訓練	利用者も参加の上、年1回実施します。
防災設備	自動火災報知設備 誘導灯 消火器

16 感染症及び食中毒の発生・まん延防止のための対策

発生時の対応	別途定める「感染症等発生時における業務継続計画」により対応します。
発生の予防	ホーム内掲示物にて周知、年1回手指消毒の手順確認

17 施設の運営

業務継続計画	感染症や非常災害の発生時にサービス提供を継続するため、また早期の業務再開を図るための計画(業務継続計画)を策定しています。定期的に計画の見直し・変更を行います。
地域連携推進会議等	地域連携推進員(利用者とその家族、地域住民の代表者、福祉や経営について知見を有する者並びに市町村の担当者等)に対し事業所の運営状況を報告し、地域との連携、サービスの透明性及び質の確保、利用者の権利擁護等を目的とした協議会(地域連携推進会議)を設置。 地域連携推進会議をおおむね1年に1回以上開催するほか、担当者がホームを見学する機会をおおむね1年に1回以上設けています。
第三者評価	福祉サービス第三者評価を3年度に一回受審、結果を公表

18 この契約に関する苦情・相談窓口

利用者の方が施設利用に関して生じた苦情・意見は以下のような取り組みで解決します。		
苦情解決責任者	川村 絹恵(社会福祉法人トラムあらかわ理事長)	
苦情受付担当者	市村 由美(ホームとらむ 施設長)	
第3者委員	川口仁志(NPO 法人あふネット理事長)児山 陽子(当事者家族)	
苦情解決の方法	① 苦情の受付…苦情は、面接・電話・書面・Eメールなどにより苦情受付担当者が随時受け付けます。 ② 苦情受付の報告・確認…苦情受付担当者が受け付けた苦情を苦情解決責任者と第3者委員に報告し、苦情申立者と誠意を持って話し合います。	
東京都運営適正化委員会への紹介	本法人で解決できなかった場合は、東京都社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることが出来ます。	
	担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
	電話番号	03-5283-7020
	受付時間	月～金 9:00～17:00
荒川区苦情受付	本法人で解決できなかった場合は、荒川区に設置してある福祉サービス受給者証を発行している窓口に申し立てることが出来ます。	
	担当部署	荒川区 障害福祉課(荒川区荒川 2-2-3)
	電話番号	03-3802-3111

	受付時間	月～金 8:45～17:15
--	------	----------------

19 虐待防止・身体拘束適正化のための措置に関する事項

虐待防止・身体拘束適正化に関する通報・相談窓口		
平日日中の連絡先	担当部署	荒川区 福祉部 障害福祉課
	住所	荒川区荒川 2-2-3
	電話番号	03-3802-3113(内線 2681)
	ファックス番号	03-3802-0819
	受付時間	月～金 8:30～17:15
時間外・休日の連絡先	担当部署	荒川区障がい者虐待防止センター
	電話番号	03-3802-3151

20. 虐待の防止と身体拘束の適正化

虐待防止と身体拘束の適正化のための体制を整備するとともに、利用者に対する虐待を早期に発見し、やむを得ず身体拘束等を行う場合には記録し、適切な対応を図ります。

職員に対する身体拘束・虐待防止を啓発するための研修を実施します。

虐待防止委員会

委員長:理事長 川村 絹恵

副委員長:荒川ひまわり施設長 北本 未魅

荒川ひまわり第2施設長 高橋 裕之

支援センターアゼリア施設長 大石 真明

ホームとらむ施設長 市村 由美



荒川ひまわり
(就労継続支援B型)

虐待防止マネージャー
渡部 元気

荒川ひまわり第2
(就労継続支援B型)

虐待防止マネージャー
藤原 藍子

支援センターアゼリア
(地域活動支援センター)

虐待防止マネージャー
杉下 ひろみ

ホームとらむ
(共同生活援助)

虐待防止マネージャー
村上 絵里花

共同生活援助ホームとらむ利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要な事項を説明しました。

説明日 令和 年 月 日

事業者

(所在地)

(名 称)社会福祉法人トラムあらかわ ホームとらむ

(代表者)市 村 由 美 印

私は、契約書及び本書面により、ホームとらむ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