

生活介護（通所）

サンホーム豊田 重要事項説明書

令和7年4月1日現在

1 事業者（法人）の概要

| | |
|------|-------------------------|
| 法人名 | 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会 |
| 所在地 | 愛知県春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1 |
| 電話番号 | 0568-88-8302 |

2 事業所の概要

| | |
|------------|------------------|
| 施設名称 | サンホーム豊田 |
| 主たる対象者 | 知的障がい者 |
| 事業内容・定員 | 生活介護：20名 |
| 事業所番号 | 2313400315 |
| 指定年月日 | 平成18年10月1日 |
| 施設長 | 〇〇 〇〇 |
| サービス管理責任者 | 〇〇 〇〇 |
| 所在地 | 愛知県豊田市野見山町5-80-1 |
| 電話番号 | 0565-88-2001 |
| FAX番号 | 0565-88-0900 |
| 通常の事業の実施地域 | 豊田市全域 |

3 事業の目的

適正な運営を確保するために必要な人員及び管理・運営に関する事項を定め、事業所の円滑な運営管理を図ることを目的とします。

4 運営の方針

- (1) 利用者の自立の促進、生活の質の向上等を図ることができるよう、利用者又はその介護を行う者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとしてします。
- (2) 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った障がい福祉サービスの提供に努めます。
- (3) 地域との結び付きを重視した運営を行い、市町村、他の障がい福祉サービス事業を行う者、その他の保健医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。

5 サービスの概要

(1) 事業所の営業日及び営業時間

| | |
|----------|---------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日（1月1日から1月3日までを除く） |
| 営業時間 | 午前8時30分から午後5時15分まで |
| サービス提供時間 | 午前10時から午後4時10分まで |

(2) 職員の配置状況

| 職 種 | 従 業 者 数 |
|-----------|---------------|
| 管理者 | 1人 |
| サービス管理責任者 | 1人以上（1人以上は常勤） |
| 医師 | 1人以上 |
| 看護職員 | 1人以上 |
| 生活支援員 | 1人以上（1人以上は常勤） |
| 管理栄養士 | 1人以上 |

(3) 主な職種の勤務体制

| 職 種 | 勤 務 体 制 |
|-----------|-----------------|
| サービス管理責任者 | 早番 8:00 ~ 16:45 |
| 看護職員 | 日勤 8:15 ~ 17:00 |
| 生活支援員 | 中番 8:45 ~ 17:30 |
| | 才番 9:15 ~ 18:00 |
| 管理栄養士 | 日勤 8:45 ~ 17:30 |

(4) 同事業所の設備の概要

| 設備の種類 | 室 数 | 備 考 |
|---------|-----|-------|
| 相談室 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 支援員室 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 食堂兼訓練室 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 静養室 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 個室 | 2室 | 冷暖房完備 |
| 喫茶厨房 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 洗面所・トイレ | 2室 | |
| 浴室 | 1室 | 冷暖房完備 |
| 脱衣室 | 1室 | 冷暖房完備 |

(5) 同事業所の構造・面積

| | |
|-------|-----------------------|
| 建物の構造 | 鉄筋コンクリート造陸屋根平屋建 |
| 建物延面積 | 304.18 m ² |

(6) 嘱託医・協力医療機関の概要

ア 嘱託医

| | | |
|---------|--------------|--------------------|
| 名 称 | 衣ヶ原病院 | |
| 所在地・連絡先 | 豊田市広久手町 2-34 | TEL : 0565-32-0991 |
| 診 療 科 | 内科、精神科 ほか | |

イ 協力医療機関

| | | |
|---------|--------------|--------------------|
| 名 称 | トヨタ記念病院 | |
| 所在地・連絡先 | 豊田市平和町 1-1 | TEL : 0565-28-0100 |
| 診 療 科 | 内科、外科、精神科 ほか | |

6 提供するサービス内容と利用料金

(1) 提供するサービス内容

| サービス区分 | 内 容 |
|----------------|---|
| 障がい福祉サービス計画の作成 | 利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、利用者又はその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。 |
| 食事 | 栄養士の立てる献立表により、栄養並びに身体の状況及び嗜好を考慮した食事（ペースト食・きざみ食等）を提供します。 【食事時間】 昼食 12:00 ~ 13:30 |
| 入浴 | 入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況より、入浴が困難な場合には清しきを行うなど適切な方法で実施します。 |
| 排せつ | 適切な排せつ援助を行うとともに、自主排せつを目指した適切な支援を行います。 |
| 介護 | 利用者の状況に応じて適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排せつ等の生活全般にわたる援助を行います。 |
| 機能訓練の実施 | 身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練を実施します。 |
| 生活相談 | 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把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 健康管理 | 日常生活上必要な健康状態のチェックや服薬、その他必要な医療管理を行います。また、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。 |
| 服薬管理 | 医師からの処方による薬については、看護職員の管理のもと、個々の利用者の状況に応じて、適切な支援を行います。 |
| 創作的活動 | 利用者の興味や適性に合わせ、様々な活動の機会を提供し、個々の状況に応じた支援をすることで、日々の充実、心の安定を得られるように支援します。それにより、個々の自信や生活意欲を高め、情緒の安定や機能訓練への一助となるように支援します。 |
| 生産活動 | 利用者が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生産活動を提供します。 |
| 余暇活動 | 地域行事等の情報提供やレクリエーション、クラブ活動、各種行事等を実施します。 |
| 送迎 | ご希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。送迎時間帯については、ご希望の時間に沿えない場合もございます。 |

(2) 利用料金

ア 介護給付費等から給付されるサービス

(ア) 提供するサービスの料金とその利用者負担額について、厚生労働大臣が定めた基準により利用料が発生します。利用者負担は、原則、利用料の1割です。ただし、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。負担上限月額等に関する詳細につきましては、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

(イ) 介護給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。この場合「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【利用料金表】

基本料金 地域区分単価 1 単位あたり 生活介護：10.92 円

| | 区分 | 区分2以下 | 区分3 | 区分4 | 区分5 | 区分6 |
|-----------|----------------|--------|--------|--------|----------|----------|
| 単位数 /日 | 3時間未満 | 218 単位 | 239 単位 | 268 単位 | 386 単位 | 517 単位 |
| | 3時間以上 4時間未満 | 273 単位 | 300 単位 | 335 単位 | 483 単位 | 646 単位 |
| | 4時間以上 5時間未満 | 327 単位 | 358 単位 | 401 単位 | 578 単位 | 774 単位 |
| | 5時間以上 6時間未満 | 381 単位 | 419 単位 | 469 単位 | 676 単位 | 904 単位 |
| | 6時間以上 7時間未満 | 532 単位 | 583 単位 | 652 単位 | 941 単位 | 1,258 単位 |
| | 7時間以上 8時間未満 | 545 単位 | 598 単位 | 669 単位 | 966 単位 | 1,291 単位 |
| | 8時間以上 9時間未満 | 607 単位 | 660 単位 | 730 単位 | 1,027 単位 | 1,353 単位 |

各種加算：生活介護

| 区 分 | 単位数 | 内容 |
|---------------|--------------|--|
| 福祉専門職配置等加算Ⅰ | 15 単位/日 | 基準以上の有資格者を配置した場合に加算 |
| 福祉専門職配置等加算Ⅱ | 10 単位/日 | |
| 福祉専門職配置等加算Ⅲ | 6 単位/日 | 常勤職員の配置割合に応じて加算 |
| 常勤看護職員等配置加算Ⅰ | 28 単位/日 | 看護職員を常勤換算で1人以上配置している場合に加算 |
| 食事提供体制加算 | 30 単位/日 | 食事の提供に加え、食事量、体重やBMIの要件に基づいて記録した場合に加算 |
| 送迎加算Ⅰ | 21 単位/回 | 1回の送迎につき、平均10人以上または週3回以上の送迎を実施した場合に加算 |
| 欠席時対応加算 | 94 単位/回 | 急病等により利用を中止し、連絡調整、その他の相談援助を行い、内容等を記録した場合に加算。月4回まで。 |
| 訪問支援特別加算Ⅰ | 187 単位/回 | 利用者の居宅を訪問し、連絡調整、相談支援を行った場合に加算。月2回まで。 Ⅰ：1時間未満 Ⅱ：1時間以上 |
| 訪問支援特別加算Ⅱ | 280 単位/回 | |
| 重度障害者支援加算Ⅱ(一) | 360+500 単位/日 | 中核的人材養成研修修了者もしくは、強度行動障害者支援者養成研修(実践研修)修了者の作成した支援計画シート等に基づき、一定の割合以上を占める強度行動障害者支援者養成研修(基礎研修)修了者が、強度行動障害を有する |
| 重度障害者支援加算Ⅱ(二) | 150+200 単位/日 | |

| | | |
|----------------|---|---|
| 重度障害者支援加算Ⅲ（一） | 180+400 単位/日 | 者に対して個別の支援を行った場合に加算。 ※1 算定開始した日から180日以内の期間についてさらに加算あり。 ※2 障がい支援区分・行動障害点数によって加算条件を区分しています。 |
| 重度障害者支援加算Ⅲ（二） | 150+200 単位/日 | |
| 福祉・介護職員等処遇改善加算 | 厚生労働大臣が定める基準に適合している職員の賃金の改善等を実施し、県知事に届け出た事業所が、利用者に対し生活介護サービスを行った場合、当該基準に掲げる区分に従い相当する額を加算 I：基本料金、加算料金等により算定した額の1000分の81に相当する額 | |

イ 食費及び入浴に係る光熱水費について

(ア) 食費

利用者が事業所で提供する食事をされた場合の料金は、次のとおりです。

| 食 費 | 金 額 |
|-----|---------|
| 昼食 | 552 円/日 |

※ 食事をキャンセルする場合は、利用予定日の前日 17 時までにお申し出ください。期日を過ぎた場合は食費代のキャンセル料金が発生します。キャンセル料 361 円（食材料費）

(イ) 入浴に係る光熱水費は、次のとおりです。

| 入 浴 | 金 額 |
|-------|---------|
| 一日あたり | 200 円/日 |

※ 入浴をした場合に限る。

ウ その他の費用

| 項 目 | 内 容 | 料 金 |
|-------------|---|------------------------------|
| 日用品費 | 日常生活支援を行う上で、負担していただくことが適当であるものに係る費用 | 実費 |
| 喫茶代 | 菓子類、飲み物等 | 110 円/1 回 50 円/1 回（飲み物のみ） |
| コピー代 | サービス提供記録、行政書類等 | 10 円/1 枚 |
| 創作的活動費用 | 余暇活動の一環として創作的活動、クラブ活動等で利用者に負担していただくことが適当な費用 | 実費 |
| 生産活動等に係る費用 | 生産活動を行う上で、負担していただくことが適当であるものに係る費用 | 実費 |
| 健康診断に係る費用 | インフルエンザ予防接種費用、立位困難者への検査（胸部レントゲン、骨密度等）に係る費用 | 実費 |
| 送迎費用 | 送迎加算とは別。事業所の実施地域を超えた地点からの片道料金 | 1 kmあたり 25 円 |
| 外出等の移送に係る費用 | 各種イベントの参加費用（入場、駐車、高速道路料金等、引率者も含む。） | 実費 |
| 物品購入に係る費用 | 本人の希望による嗜好品、贅沢品の購入等 | 実費 |

(3) 請求について

利用料金については、1月ごとに計算し、介護給付費（市町村が発行する障がい福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額）、及び食費、入浴に係る光熱水費、その他の費用を、毎月請求させていただきます。

※ 介護給付費：合計単位数×地域区分単価（1円未満切り捨て）

7 利用料金のお支払い方法

前記の料金・費用は、1か月ごとに計算し、翌月26日（土日祝日の場合は次の平日）に金融機関から引落しをさせていただきます。口座振替手数料として、1回につき85円のご負担をお願いいたします。現金によるお支払いの場合は、営業時間内にお支払いいただきますようお願いいたします。

8 利用者の記録及び情報管理について

利用者に対する障がい福祉サービスの提供についての記録を作成し、それをサービス完了の日より5年間保管し、利用者又は家族の請求に応じてその内容を開示します。

9 サービスの終了

(1) 利用者からの契約解除について

利用者は、7日前までに書面により通知することによってこの契約を解除することができます。

(2) 事業者からの契約解除について

利用者が以下の事項に該当する場合には、書面で通知することにより直ちに契約を解除させていただきます場合がございます。

ア 利用者及びその家族が契約締結時に心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果サービスを継続しがたい事情を生じさせた場合

イ 利用者及びその家族によるサービス利用料金の支払いが3か月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらず支払われない場合

ウ 利用者又はその家族が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従業者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為（※）を行うなどによって、サービスを継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

※ ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことができないと判断した場合、サービス中止や契約を解除することもあります（暴力又は乱暴な言動、無理な要求、セクシャルハラスメント等）。

(3) 契約の終了について

以下の事由に該当した場合は、この契約は終了します。

ア 利用者が死亡した場合

イ 事業所を閉鎖した場合

ウ 事業所の滅失や重大な毀損により、サービスの実施が不可能になった場合

エ 事業所が事業指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合

10 非常災害対策

当事業所は、防火管理についての責任者を定め、非常災害に関する防災計画を作成し、非常災害時に備えるため定期的に避難、救出等訓練を行います。

11 緊急時の対応方法

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは、速やかにあらかじめ事業所が定めた協力医療機関に連絡するなどの措置を講じ、緊急連絡先に記入いただいた利用者が指定する連絡先にも連絡します。

12 事故発生時の対応

利用者の事故が発生した場合には必要に応じて、医療機関への連絡、利用者の家族又はサービス事業所への連絡、必要時の市町村への連絡、事故原因の解明及び改善策の検討、事業所加入の損害賠償保険に基づく対応を行います。

13 損害賠償について

事業者はサービス提供に当たって故意又は過失により、利用者の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

14 身体拘束の禁止

サービス提供に当たり、利用者若しくは他の利用者の生命又は身体を保護するためやむを得ない場合を除き、身体拘束を行いません。ただし、緊急やむを得ない理由により拘束をせざるを得ない場合には、事前に利用者及びその家族へ十分な説明をし、同意を得るとともに、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由について記録を行います。

身体拘束等の適正化のための担当者を配置し、廃止に向けて対策を検討する委員会を随時開催するなど、身体拘束廃止に向けての取組みをしていきます。

15 当事業所の利用にあたっての留意点

| 種類 | 内容 |
|----------------|---|
| 所持品の持ち込み | ・身の周り品、衣類は持ち込み可能です。 ・貴重品、危険物については、お手元管理はお控えください。 |
| 喫煙及び火気の使用 | ・定められた喫煙場所以外では喫煙はできません。居室での火気の使用は固く禁じます。 |
| 貴重品の管理 | ・貴重品の破損、紛失については、責任を負いかねます。利用者の責任において管理していただきます。 |
| 防災 | ・毎月1回以上、利用者が参加して防災訓練を実施します。 |
| 宗教活動・政治活動・営利活動 | ・利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。 |
| 設備等について | ・事業所の所有管理に係る設備等財産について滅失、破損、汚損、変更等をした場合には、賠償していただくことがあります。 |

16 その他の運営について

(1) 虐待の防止のための措置

- ア 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 虐待の防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対し、虐待の防止のための研修を定期的に（年1回以上）実施します。
- エ 前号に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置きます。

| 名称 | 職種 | 氏名 |
|-------------|-----------|-------|
| 虐待防止に関する担当者 | サービス管理責任者 | 〇〇 〇〇 |

(2) 業務継続計画の策定等について

- ア 感染症や非常災害の発生時において、利用者に対するサービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定します。
- イ 非常災害対策と一体的に取り組みます。非常災害における防火管理について責任者を定め、防災計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備します。
- ウ 従業者に対し、計画について周知するとともに、研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(3) 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止について

- ア 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的（3月に1回以上）に開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底を図ります。
- イ 感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針を整備します。
- ウ 従業者に対する研修及び訓練（年2回以上）を実施します。

(4) 質的向上を図るための研修について

従業者の質的向上を図るための研修として、新規採用時及び継続研修を実施していきます。

(5) 福祉サービス第三者評価実施状況

未受審

17 個人情報の利用について

- (1) 事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者、その家族又は代理人に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この秘密保持義務は、契約終了後も継続します。
- (2) 事業者は、利用者、その家族又は代理人から、あらかじめ同意を得ない限り、サービス担当者会議等において利用者、その家族又は代理人の個人情報を用いません。
- (3) 事業者は、利用者、その家族又は代理人に関する個人情報が含まれる記録物については注意を持って管理し、また、処分の際にも第三者への漏えいを防止します。
- (4) 以下の場合については、必要最小限の範囲で使用するものとします。

ア 使用目的

- (ア) 適切なサービス提供のために必用な法人内での情報収集と情報共有、医療機関や他法人が行う介護・福祉サービス事業所、自治体（保険者）等との情報収集や連絡調整

(イ) 利用者もしくはその家族又は代理人が体調を崩し、又は怪我等で病院へ行ったときの医師及び看護職員等への情報提供

(ウ) 事業者が受け入れる実習生、研修生への教育のため

イ 個人情報の内容

(ア) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等で、事業所がサービスを行うために必要な利用者、その家族又は代理人の個人情報

(イ) その他の利用者、その家族又は代理人に関する個人情報であって、特定の個人が識別、又は識別されうる情報

ウ 個人情報を提供する事業所

(ア) 担当の相談支援事業所又は障がい者生活支援センター

(イ) 支援計画に記載されている事業所

(ウ) かかりつけ医の所属する病院又は診療所等（緊急時については、それ以外の病院等）

(エ) 福祉事務所、保健所又は障がい者生活支援センター等

エ 使用する期間

契約終了まで

18 サービス内容に関する苦情処理の体制

当事業所の苦情担当者

| | | | | |
|---------|------------------|------------------|-------|------------------|
| 苦情解決責任者 | 施設長 | 〇〇 | 〇〇 | |
| 苦情受付担当者 | サービス管理責任者 | 〇〇 | 〇〇 | |
| 連絡先 | T E L | 0565 - 88 - 2001 | F A X | 0565 - 88 - 0900 |
| 受付時間 | 午前8時30分から午後5時15分 | | | |

※ 苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。

当事業所の他、以下の公的機関等でも相談・苦情を受け付けています。

| 機関名 | 部署名 | 連絡先 |
|------------------|-----------|------------------|
| 社会福祉法人愛知県社会福祉協議会 | 運営適正化委員会 | 052 - 212 - 5515 |
| 豊田市役所 | 福祉部障がい福祉課 | 0565 - 34 - 6751 |

事業者が行う介護サービスの提供開始に際し、本書面に基づき、重要事項及び個人情報の利用に関する説明を行いました。

令和 年 月 日

【事業者】 住 所 春日井市廻間町字神屋洞 703 番地 1
名 称 社会福祉法人恩賜財団愛知県同胞援護会
代 表 者 理事長 西村 真

【事業所】 住 所 豊田市野見山町 5 丁目 80 番地 1
名 称 サンホーム豊田
管 理 者 施設長 ○○ ○○

【説明者】 職 名 サービス管理責任者
氏 名 ○○ ○○

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の利用についての説明を受け、事業者が行う介護サービスの提供について同意しました。

令和 年 月 日

【利用者】 住 所 _____

氏 名 _____

【家族又は代理人】 住 所 _____

氏 名 _____

利用者との関係 (_____)