

指定障がい福祉共生型生活介護

重要事項説明書

(令和6年4月1日現在)

1. 法人の概要

| | |
|---------|----------------|
| 名 称 | 株式会社 SUNSMILE |
| 所在地 | 熊本市南区野田二丁目9-12 |
| 電話番号 | 0964-27-9902 |
| 代表者氏名 | 代表取締役 松本由美 |
| 法人設立年月日 | 平成25年11月19日 |

2. 事業所の概要

| | |
|---------|--|
| 事業所の名称 | デイサービス サンフラワー |
| 事業所の種類 | 指定共生型生活介護事業所 |
| 主たる対象者 | 指定共生型生活介護事業所：知的障がい者、身体障がい者、精神障がい者、難病等対象者 |
| 利用定員 | 18名（地域密着型通所介護+共生型生活介護） |
| 事業の方針 | 障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための入浴、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する。 |
| 事業の目的 | 指定共生型生活介護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ことを定め、支給決定を受けた障がい者に対し、適正な指定生活介護を提供することを目的とする。 |
| 事業所の所在地 | 熊本市南区城南町隈庄376 |
| 電話番号 | 0964-27-9902 |
| 管理者氏名 | 中島 律子 |
| 開設年月 | 令和3年5月1日 |

3. 事業実施地域

熊本市

4. 営業時間等

(1) 事業所窓口の営業日及び営業時間

| | |
|------|---------------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から金曜日までとする。 年末年始休業（12月30日～1月3日） |
| 営業時間 | 午前8時00分から午後5時00分までとする。 |

(2) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日から金曜日までとする。 |
| サービス提供時間 | 午前9時00分から午後3時00分までとする。 |

5. 施設・設備の概要

| | | | |
|--------|-----------------------|----|-----|
| 訓練・作業室 | 91.983 m ² | | |
| 洗面所 | 2か所 | 便所 | 2か所 |
| 相談室 | 1か所 | 浴室 | 1か所 |

6. 職員の体制

| 職種 | 常勤 | 兼務 | 非常勤 | 職務内容 |
|--------------|----|----|-----|---|
| 1. 管理者 | | 1 | | 従業者及び業務の一元的管理及び指揮命令 |
| 2. サービス管理責任者 | | | | ・個別支援計画の作成 ・利用の申込みに係る調整 ・従業者等に対する技術指導等のサービスの内容の管理 |
| 3. 従業者 | | | | |
| 生活支援員 | 2 | 1 | 2 | ・障害者の生活指導、生活訓練 |
| 看護職員 | 1 | | | ・利用者の日常生活上の健康管理 |
| 理学療法士 | | | | ・日常生活を営むのに必要な機能の訓練 |
| 作業療法士 | | | | ・日常生活を営むのに必要な機能の訓練 |
| 医師(協力医) | | | 1 | ・障害者の健康管理、医療処置、アドバイス等 |

当事業所では、利用者に対して指定生活介護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。

7. 当事業所が提供するサービス内容と利用料金

利用者について解決すべき課題と意向を把握し、利用者の意向を踏まえたうえで、共生型生活介護事業の目標及びその達成時期、サービスの内容、サービスを提供するうえでの留意点等を盛り込んだ「個別支援計画」を、利用者と面接して作成します。

(1) サービスの内容

| | |
|--------|---|
| 日常生活支援 | 日常生活の指導や社会体験学習により日常生活力及び社会生活力の向上を支援します。 |
| 健康管理 | 利用者の健康状況を常に注意し、協力医療機関と連携して健康管理のために適切な支援を行います。 |
| 食事の提供 | 栄養のバランス、カロリーに配慮した献立により提供します。 |
| 送迎サービス | 心身の状況により送迎を希望する利用者へ送迎サービスを行います。 |

(2) 利用者負担額

介護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基準により算出した額）のうち9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取り（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せん）

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。

■ 障がい者の利用者負担

| 所得区分 | 世帯の収入状況 | 月額負担上限額 |
|------|--|---------|
| 生活保護 | 生活保護受給世帯 | 0円 |
| 低所得1 | 市町村民税非課税世帯であって障がい者本人の収入が年収80万円（障がい基礎年金2級相当額）以下の方 | 0円 |
| 低所得2 | 低所得1以外の市町村民税非課税世帯の方 | 0円 |
| 一般 | 所得割16万円未満 | 9,300円 |
| | 所得割16万円以上 | 18,600円 |

① 基本サービス単位数表

| | | 単位数 |
|-----------------|-----|------|
| 共生型生活介護サービス費(I) | 697 | 単位/日 |

② 加算単位数

| | | 単位数 |
|---------------|---|--------|
| サービス管理責任者配置加算 | 58 | 単位/日 |
| 欠席時対応加算 | 利用者が急病等により利用を中止した際に、連絡調整や相談援助を行った場合に算定（月4回まで） | 94単位/回 |

| | | |
|-------------------------------------|--|----------|
| 利用者負担上限額管理加算 | 事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合に算定 | 150 単位/日 |
| 食事提供体制加算 | 収入が一定額以下の利用者に対して、事業所が食事を提供した場合に算定 | 30 単位/日 |
| 入浴支援加算 | 医療的ケアが必要な者等への入浴支援を提供した場合に算定 | 80 単位/日 |
| 送迎加算（Ⅰ） | 1回の送迎につき平均10人以上が利用し、かつ、週3回以上の送迎を実施している場合に算定 | 21 単位/回 |
| 送迎加算（Ⅱ） | 1回の送迎につき平均10人以上が利用している、又は、週3回以上の送迎を実施している場合に算定 | 10 単位/回 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） （令和6年5月まで適用） | | 4.4% |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） （令和6年5月まで適用） | | 1.3% |
| 介護職員等ベースアップ等支援加算 （令和6年5月まで適用） | | 1.1% |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） （令和6年6月～適用） | | 8.0% |

<償還払い>

- 事業者が介護給付費等の代理受領を行わない場合は、介護給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費等が支給されます。）

（3）サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費等の対象ではありませんので、実費をいただきます。

| 項目 | 金額 | 備考 |
|---------|----|--------------------------------------|
| 食事代 | 実費 | 食費500円税別。（ただし、所得区分が一般所得以外の場合は300円税別） |
| 団体損害保険料 | 実費 | 遠足など屋外活動で必要な場合 |

（4）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記（2）、及び（3）の①の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。）

ア. 利用者指定口座からの自動振替を原則とします。(ご指定の金融機関の口座から月1回引落とします)
 イ. 現金払い
 ウ. 上記によりがたい場合はご相談に応じます。
 お支払いを確認しましたら、必ず領収証をお渡ししますので、保管をお願いします。
 また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。

(5) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、利用者の都合により、個別支援計画で定めたサービスの利用を中止する場合にはサービスの実施日の前々日8時30分までに事業者申し出てください。
- ② 利用予定日の前々日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、別紙料金表のとおり、欠席時対応加算をお支払いいただく場合があります。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 当施設ご利用に際し留意いただきたい事項

| | |
|--------|--|
| 施設内の利用 | 施設内の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をご遠慮ください。 |

(2) 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、職員が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

9. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にご確認のお願いをいたします。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、契約終了日から5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

10. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

| | |
|-------------|----------|
| 虐待防止に関する責任者 | 管理者 中島律子 |
|-------------|----------|

- ① 成年後見制度の利用を支援します。
- ② 苦情解決体制を整備しています。
- ③ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

11. 非常災害時の対応

| | |
|--------|---|
| 非常時の対応 | 事業所は、非常災害に関する具体的計画により非常災害時の関係機関への通報及び連絡体制を整備しそれらを定期的に従業者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行います。 |
| 避難訓練 | 利用者も参加の上、年1回実施します。 |
| 防災設備 | 誘導灯 消火器 法令で規定された設備 |

12. 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|-------------------------|--|
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ○ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ○ 事業者は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。 |
| ②個人情報の保護について | <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障害福祉サービス事業者等に、利用者等の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。 ○ 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。 ○ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。） |

13. 緊急時の対応方法について

- ① サービス提供中に、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【事業所の窓口】

- 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時00分～午後5時00分
○電話番号 0964-27-9902
○苦情解決責任者 中島 律子

14. 協力医療機関

| | |
|-------|-----------------|
| 医療機関名 | 医療法人社団 嵩山会 宗像医院 |
|-------|-----------------|

15. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する生活介護の提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

| | | |
|-----|--------|--------------|
| 市町村 | 市町村名 | 熊本市 |
| | 担当部・課名 | 障がい福祉課 |
| | 電話 | 096-361-2519 |
| 主治医 | 主治医氏名 | |
| | 電話 | |

16. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は下記の専用窓口で受け付けます。

【事業所の窓口】

- 受付時間 月曜日～金曜日 午前8時00分～午後5時00分
○電話番号 0964-27-9902
○苦情解決責任者 中島 律子

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

- ① 苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。

- ②相談担当者は、把握した状況を従業者とともに検討を行い、対応を決定する。
- ③対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)

| | |
|---|--|
| <p>【事業者の窓口】 デイサービスサンフラワー 相談窓口責任者 中島 律子</p> | <p>所在地 熊本市南区城南町隈庄 4 2 2 電話番号 0964-27-9902 ファックス番号 0964-27-9202 受付時間 平日午前 8 時 00 分～午後 5 時 00 分</p> |
| <p>【市町村の窓口】 熊本市役所 障がい福祉課</p> | <p>所在地 熊本市中央区大江 5-1-1 電話番号 096-361-2519 受付時間 平日午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分</p> |
| <p>【公的団体の窓口】 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」</p> | <p>所在地 熊本県福祉サービス運営適正化委員会 熊本県社会福祉協議会内 電話番号 096-324-5471 ファックス番号 096-324-5456 受付時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前 9 時～午後 5 時</p> |

平成 年 月 日

指定居宅介護等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せんでした。

事業者所在地： 熊本県熊本市南区城南町隈庄422

法人名： 株式会社 SUNSMILE

代表者名： 代表取締役 松本 由美

事業所名： デイサービス サンフラワー

管理者名： 中島律子

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護の提供及び利用について重要事項の説明を受けました。

利用者住所：

利用者氏名： 印

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者住所：

代筆者氏名： 印

続柄：