

生活介護山の手

生活介護(通所)重要事項説明書

1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 禎心会		
法人所在地	札幌市東区北47条東17丁目1番1号		
代表者氏名	理事長 徳田 禎久		
電話番号	011-789-1152	ファックス番号	011-789-1278
法人運営施設	障がい者支援施設山の手、生活介護山の手 障がい者支援施設栄町、生活介護栄町 地域密着型介護老人福祉施設栄町、ショートステイ栄町 デイサービスセンター栄町、居宅介護支援事業所栄町 介護老人福祉施設ら・せれな、デイサービスセンターら・せれな ショートステイら・せれな、居宅介護支援事業所ら・せれな デイサービスセンターら・そしあ、グループホームら・そしあ		

2. ご利用事業所

事業所番号	0110400306		
事業所の種類	生活介護事業所		
事業所の名称	生活介護山の手		
提供サービス	生活介護事業(通所)		
主たる対象者	身体障がい者、難病等対象者		
施設の所在地	札幌市西区山の手 433 番地 1		
電 話 番 号	011-642-1152	ファックス番号	011-642-1278
管 理 者	西 川 昌 慶		
サービス管理責任者	東 浩 之		
運営の方針	①事業者は、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、利用者に対して障がい福祉サービスの提供に努めます。 ②事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、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事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、他の障がい福祉サービス事業者、その他の保険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。 ④事業の実施にあたっては、前3項のほか、関係法令等を遵守します。		
開設年月日	平成 24 年 4 月 1 日		
利用定員	生活介護：定員 20 名		

3. 事業実施地域及び営業時間

事業実施地域	札幌市西区、手稲区、中央区（一部）
営業日	月曜～土曜日（12/29～1/3を除く）
営業時間	午前9時30分～午後4時00分

4. サービス提供に係る設備等の概要

（1）施設・設備の概要

当事業所では、下記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらの利用については、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

施設設備の種類	室数	備 考
機能訓練室及び食堂	1室	日中活動及び訓練活動等多目的に利用いたします。利用者みなさんとくつろぎながら食事ができます。
浴 室	1室	一般浴槽、車椅子浴槽、スリッパ用浴槽の2種類の浴槽を設置。
ト イ レ	3ヶ所	車椅子対応となっています。
相 談 室	2室	個室となっています。

法人が自主的に設置した運営基準外の施設・設備

施設設備の種類	室数	備 考
ロビー	1室	正面玄関前のゆったりとした空間でおくつろぎいただけます。
理 髪 室	1室	専門家による理髪・美容サービスを提供しています。

5. 事業の職員体制

職 種	常 勤		非常勤		資 格 等
	専任	兼務	専任	兼務	
①管理者（施設長）		1名			社会福祉主事
②サービス管理責任者	1名				介護福祉士
③生活支援員	5名	1名			介護福祉士6名
④看護職員	1名	1名			看護師2名
⑤機能訓練指導員	1名	1名			作業療法士2名
⑥管理栄養士		1名			管理栄養士
⑦医師				2名	医師
⑧事務員	1名				

6. 配置職員の職務内容

管 理 者	管理者は、事業所の業務を統括する。
サービス管理責任者	個別支援計画の作成に従事する。
生活支援員	利用者の生活相談支援、関係機関との連携、利用者の日常生活及び自立訓練の支援に従事する。
看 護 職 員	利用者の保健衛生管理に従事し、日常生活の支援を行う。
機能訓練指導員	利用者の機能訓練指導に従事する。
医 師	利用者の診察並びに利用者の健康管理及び保健衛生指導に従事する。

7 職員の勤務体制（生活介護の通所従事者）

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	8時45分～17時15分
サービス管理責任者	8時45分～17時15分
生活支援員	8時45分～17時15分
看護職員	8時45分～17時15分
機能訓練指導員	8時45分～17時15分
医 師	9時00分～12時00分（毎週水）

8. 当事業所が提供するサービス

サービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。この「個別支援計画」は利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として事業所のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、利用者の同意をいただくものです。なお、「個別支援計画」の写しは、利用者に交付いたします。

(1) 生活介護(通所)サービスの内容

①日常生活支援

項 目	内 容
生活相談	利用者が安定した生活を営むため、利用者の相談に応じ、必要な支援を行います。
食 事	食事時間 12:00～13:00 上記時間を目安としておりますが、利用者の身体の状態及び嗜好を配慮し適切な時間に行います。
入 浴	浴室には、寝た状態で入れるスリッパ浴槽、入浴用車椅子で使用する車椅子浴槽の2種類の浴槽を設置。
排 泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した支援を行います。
健康管理	看護職員が、健康管理を行います。

②日中活動支援

創作的活動等	一人ひとりのレベルに合わせた創作的活動等を行います。
機能維持	理学療法、作業療法を通じて、利用者に対して日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います。

③その他

レクリエーション	利用者みなさんと余暇活動を行います
送 迎	ご自宅と事業所間の送迎を行います。

④医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記の協力医療機関において診療等を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療入院治療を義務づけるものでもありません。)

◇協力医療機関

医療機関名	住所・電話番号	診療科目
社会医療法人禎心会 札幌禎心会病院	札幌市東区北33条東1丁目 3番1号 電話 011-712-1131	脳神経外科・神経内科・消化器内科・消化器外科・循環器内科・心臓血管外科・頭頸科・整形外科・呼吸器内科・泌尿器科・乳腺外科・婦人科・放射線治療科・放射線治療科・形成外科 ほか

◇協力歯科医療機関

医療機関名	住所・電話番号	診療科目
北寿会歯科	札幌市中央区北1条西2丁目 電話 011-219-5280	歯科[訪問診療]

(2)利用者負担額

別表1, 2の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費・訓練等給付費の給付額(全体額の9割)を除いた金額(全体の1割=利用者負担)と食費等の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。(別途、個別減免等の負担軽減措置があります。)

①利用者負担額の上限について

1ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得(世帯の収入状況)に応じて下記のとおり4区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

利用者負担の上限額や減免制度が変更になる場合には個別にご説明します。

区 分	世帯の収入状況	1ヶ月あたりの負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0円
低所得	市町村民税非課税世帯	0円
一般1	市町村民税課税世帯で、所得割が16万円未満の場合	9,300円
一般2	市町村民税課税世帯で一般1以外	37,200円

②利用者負担の減免について

国の制度改正などにより利用者負担の上限額や減免制度は変更になることがあります。

利用者負担の上限額や減免制度が変更になる場合には個別にご説明します。

③介護給付費・訓練等給付費の対象外のサービス

「介護給付費・訓練等給付費の対象外サービス」については、介護給付費・訓練等給付費の対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、そのサービス提供に伴い、所定の料金をお支払い頂きます。(別表3 介護給付費・訓練等給付費の対象外のサービス料金参照)なお、所定料金、あるいは現在は無料としているサービスについて、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

④利用料金のお支払方法

介護給付費・訓練等給付費自己負担金及び介護給付費・訓練等給付費対象外のサービス費用等、皆様にご負担いただくべき費用は、1ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、翌月27日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします。)

自動引き落とし	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の指定される金融機関の口座から自動引き落としとなります。 ・ご利用できる金融機関：市内の各金融機関並びに郵便局 ・この場合、引き落としのための手続きが必要となりますので、職員にお申し付けください。
お振込み	<ul style="list-style-type: none"> ・下記指定口座へお振込みください。 <p>銀行名：北海道銀行北栄支店 <small>ほっかいどうぎんこうほくえいしてん</small> 口座番号：0949828 口座名義：社会福祉法人禎心会 <small>しゃかいふくしほうじんていしんかい</small> <small>りじちょう とくだ きだひさ</small> 理事長 徳田 禎久</p>
直接お支払い	<ul style="list-style-type: none"> ・現金により直接支払いをご希望される方は職員にご相談ください。

※お支払い方法は原則自動引き落としとさせていただいております。

9. 利用の中止について

ご利用者の都合により利用を中止する場合は、利用予定日の前日受付時間内までに事業者へ申し出てください。なお、利用予定日の前日受付時間内までに申し出がない場合は、キャンセル料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご利用者の緊急な体調不良等の正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日（受付時間内）までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日（受付時間内）までに申し出がなかった場合	食費の実費相当額

10. 契約の終了について

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、利用者へ退所していただくこととなります。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 事業者が解散した場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合 ② 事業者の滅失や重大な毀損により利用者に対するサービス提供が不可能になった場合 ③ 事業者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 ④ 利用者から退所の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください。) ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください。) |
|--|

(1) 利用者からの退所の申し出(中途解約、契約解除)

契約の有効期間であっても、利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> ① 介護給付費対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合 ② 利用者が入院された場合 ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める障がい福祉サービスを実施しない場合 ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合 ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合 ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が虐待・ハラスメント行為を行った場合 ⑦ 他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合 |
|---|

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合は、当施設から退所していただくことがあります。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 利用者によるサービス料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。② 利用者が、故意又は重大な過失により、事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、本契約を解除する旨の通知をする。通知受託後、1ヶ月以内に契約解除することができる。③ 利用者・家族が、ハラスメント行為を行った場合、管理者との話し合いのもと（必要時弁護士等との相談）2週間の予告期間を持ち、サービス提供の停止、契約解除とすることができる。④ 利用者が、契約締結時にその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、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合⑤ 利用者が継続して3ヶ月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合又は現に継続して3ヶ月を超えて入院した場合⑥ 利用者の著しい身体の変化により当事業者による可能な医療ケア体制の範囲を超えた場合 |
|--|

1 1. 守秘義務及び個人情報の保護

事業者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びご家族等に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。この守秘義務は本契約が終了した後も継続します。なお、事業者は、利用者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

1 2. 事故発生時の対応

事業者は、指定生活介護の提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに行政等関係機関並びに利用者の家族又は連帯保証人に連絡を行うとともに、必要な措置を迅速に講じます。

1 3. 虐待の防止について

事業者は利用者の利用者の生命と尊厳の安全を保護するために以下の対応をします。

- ① 事業所内で担当責任者を決め、虐待防止委員会の開催。委員会での検討結果に従事者に周知徹底
- ② 従事者に対する年1回の虐待予防・対応に対する研修の実施
- ③ 利用者や家族・近隣住民・他サービス事業所からの連絡相談体制の整備
- ④ 虐待発見やそのおそれのある場合、速やかに札幌市社会福祉協議会、区役所、障害者相談支援事業所等へ通報
- ⑤ 自ら権利を擁護することが困難な場合、必要に応じて成年後見制度等の利用支援

1 4. 利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、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。）

15. 苦情の受付について

(1) 当事業所での苦情処理

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

生活介護山の手

電話番号：011-642-1152

FAX：011-642-1278

担当職員：佐藤 衛

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8:45～17:15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

<p>さっぽろしほけんふくしきょく 札幌市保健福祉局</p> <p>しょうがいほけんふくしぶしょうふくしか 障がい保健福祉部 障がい福祉課</p>	<p>しょうざいち さっぽろしちゅうおうくきた しょうにし ちようめ 所在地：札幌市中央区北1条西2丁目</p> <p>TEL 011-211-2938 Fax 011-218-5181 受付時間：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分</p>
<p>ほっかいどうふくし 北海道福祉サービス</p> <p>うんえいてきせいかいいんかい 運営適正化委員会</p>	<p>しょうざいち さっぽろしちゅうおうくきた しょうにし ちようめ 所在地：札幌市中央区北2条西7丁目 (かでの2・7)</p> <p>TEL 011-204-6310 Fax 011-204-6311 受付時間：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時</p>

16. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価期間の名称	
評価結果の開示状況	

【別表 1】 利用されるサービス料金

生活介護サービス費区分	基本報酬単価 定員 11～20 人以下 6 時間以上 7 時間未満	利用料金(日) (単価×10.18)
障がい支援区分 6	1,258	12,806 円
障がい支援区分 5	941	9,579 円
障がい支援区分 4	652	6,637 円
障がい支援区分 3	583	5,934 円
障がい支援区分 2 以下	532	5,415 円

【別表 2】 利用されるサービス料金(各種加算)

報酬区分	備 考	報酬単価 (単位 (×10.18))
人員配置体制加算	①人員配置体制加算(I)<1.5 : 1>	321 単位(日)
	②人員配置体制加算(II)<1.7 : 1>	265 単位(日)
	③人員配置体制加算(III)<2.0 : 1>	181 単位(日)
	④人員配置体制加算(IV) <2.5 : 1>	51 単位(日)
福祉専門職員配置等加算	①福祉専門職員配置等加算(I)	15 単位(日)
	②福祉専門職員配置等加算(II)	10 単位(日)
	③福祉専門職員配置等加算(III)	6 単位(日)
常勤看護職員等配置加算	(三)	28 単位(日)
視覚・聴覚言語障害者 支援体制加算(I)	意思疎通に関し専門性を有する職員を 配置	51 単位(日)
視覚・聴覚言語障害者 支援体制加算(II)		41 単位(日)
初期加算	利用開始日から 30 日を限度	30 単位(日)
欠席時対応加算	急病等により当日利用を中止する場合	94 単位(日)
リハビリテーション加算	(I)	48 単位(日)
	(II)	20 単位(日)
利用者負担上限額管理加算	上限管理を実施した場合 (月 1 回を限度)	150 単位(1 回)
食事提供体制加算	食事提供を実施した場合 (低所得者のみ)	30 単位(日)
訪問支援特別加算	5 日間利用無く 居宅に訪問し相談・援助提供	1 時間未満 187 単位 1 時間以上 280 単位
重度障害者支援加算	重度障害者支援加算(I)	50 単位(日)
	重度障害者支援加算(II)	360 単位(日)
	重度障害者支援加算(III)	180 単位(日)
送迎加算	送迎加算(イ)	21 単位(片道)
	送迎加算(ロ)	10 単位(片道)

報酬区分	備 考	報酬単価 (単位 (×10.18))	
障害福祉サービスの体験利用支援加算	(I)	500 単位(日)	
	(II)	250 単位(日)	
	地域生活支援拠点等の場合 +50 単位		
入浴支援加算		80 単位(日)	
福祉・介護職員処遇改善加算 (令和6年5月31日まで)	福祉・介護職員処遇改善加算 (イ)	所定単位の 4.4% (月)	
	福祉・介護職員処遇改善加算 (ロ)	所定単位の 3.2% (月)	
	福祉・介護職員処遇改善加算 (ハ)	所定単位の 1.8% (月)	
福祉・介護職員等 特定処遇改善加算 (令和6年5月31日まで)	福祉・介護職員特定処遇改善加算 (I)	所定単位の 1.4% (月)	
	福祉・介護職員特定処遇改善加算 (II)	所定単位の 1.3% (月)	
福祉・介護職員等 ベースアップ等支援加算 (令和6年5月31日まで)		所定単位の 1.1% (月)	
福祉・介護職員等処遇改善加算 (令和6年6月1日から)	福祉・介護職員等処遇改善加算 (I)	所定単位数の 8.1% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善加算 (II)	所定単位数の 8% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善加算 (III)	所定単位数の 6.7% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善加算 (IV)	所定単位数の 5.5% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善 加算 (V)	(1)	所定単位数の 7% (月)
		(2)	所定単位数の 6.9% (月)
		(3)	所定単位数の 6.9% (月)
		(4)	所定単位数の 6.8% (月)
		(5)	所定単位数の 5.8% (月)
		(6)	所定単位数の 5.7% (月)
		(7)	所定単位数の 5.5% (月)
		(8)	所定単位数の 5.6% (月)
		(9)	所定単位数の 5.4% (月)
		(10)	所定単位数の 4.4% (月)
(11)	所定単位数の 4.4% (月)		
(12)	所定単位数の 4.3% (月)		
(13)	所定単位数の 4.1% (月)		
(14)	所定単位数の 3% (月)		

【別紙3】介護給付費の対象外のサービス料金

品目等		単価等	備考
食事代 (特別な食事を提供した場合)		650円/食 実費	(食事提供加算を受けた場合 260円) 希望される場合
共用入浴用品 バスタオル・フェイスタオル			・施設でご用意いたします。
理・美容費		実費	・理・美容師の出張により施設内で、理・美容サービスをご利用できます。
教養娯楽費 (レクリエーション及び余暇活動)		実費	・ご希望により参加していただくことができますが、その際には材料費等の必要経費の実費をご負担いただきます。 (例) 施設外活動での入場料等
文書料		実費	・各種証明書・診断書を必要とする場合は、作成料として実費をご負担いただきます。
複写物の交付	白黒	5円/カウント	・利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。また、求めがあれば記録のコピーも交付しますが、その際にはコピー代として左記の料金をご負担いただきます。
	カラー	40円/カウント	
その他の費用		実費	・サービス提供される便宜の中で、日常生活において通常必要となる費用で、その利用者に負担させることが適当であると認められる費用は、実費自己負担となります。

個人情報の利用目的

生活介護山の手は、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への指定生活介護の提供に必要な利用目的】

〔障がい者支援施設内部での利用目的〕

- 当施設が利用者等に提供する指定生活介護
- 介護給付費・訓練等給付費の事務
- 指定生活介護の利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －利用開始及び終了等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・訓練サービスの向上

〔他の事業者等への情報提供を伴う利用目的〕

- 当施設が利用者等に提供する指定生活介護のうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者との連携、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- 介護給付費・訓練等給付費の事務のうち
 - －請求事務の委託
 - －審査支払い機関へのレセプトの提出
 - －審査支払い機関又は市町村からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

〔当施設の内部での利用に係る利用目的〕

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －介護・訓練サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

〔他の事業者等への情報提供に係る利用目的〕

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

サービスを利用するにあたり、『契約書』・『重要事項説明書』・『個人情報の利用目的』に該当する利用者等の負担額について施設職員（_____）から説明を受け、これらを十分に理解し、生活介護山の手の利用について同意した上で、契約いたします。

尚、本書2通を作成し、利用者・事業者双方記名押印の上、各1通ずつ保有することとします。

契約締結日 令和 年 月 日

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

署名代行者（私は、本人の意思を確認し、代わりに署名を行ないました。）

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

<続 柄> _____

<署名を代行した理由> _____

身元引受人及び連帯保証人

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

<続 柄> _____

事 業 者

<住 所> 札幌市西区山の手 433 番地 1 _____

<事業者名> 社会福祉法人 禎心会
生活介護山の手 _____

<電話番号> 011-642-1152 _____

<管理者> 理事長 徳田 禎久 _____ 印