

指定生活介護 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結（または利用申請）を希望される方に対して厚生労働省令に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約（または申請）上ご注意いただきたいことを説明するものです。ただし、関係法令等の改廃、新法の制定、施工等が行われた場合には、それに従うものとします。

1・ サービスを提供する事業者

名称	株式会社 パンプキン
所在地	旭川市末広2条5丁目5番7号
電話番号	0166-74-5118
代表者指名	代表取締役 西本育美
設立年月日	平成25年10月7日

2・ 事業所の概要

事業所の種類	指定生活介護事業 令和2年12月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	ケアサポート れん 0112909239
事業所の所在地	旭川市春光台3条7丁目7番2号
連絡先	0166-76-5620
管理者	鈴木 詩織
サービス管理責任者	鈴木 詩織
事業の実施地域	旭川市春光台3条7丁目2番7号
主たる対象者	
定員	20名
開設年月日	令和2年12月1日

3・ サービスの目的・運営方針

目的	株式会社パンプキンが設置する、生活介護事業所『ケアサポート れん』において実施する指定障害福祉サービス事業の生活介護の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、指定生活介護の円滑な運営管理を図るとともに、利用者の意志及び人格を尊重して、常に当該利用者の立場に立った適切な指定生活介護の提供を確保することを目的とする。
運営方針	1 事業所は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことが出来るよう入浴、排せつ及び食事の介護、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。 2 指定生活介護の実施に当たっては。地域との結びつきを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定福祉サービス事業者、指定相談支援事業者、指定障害支援施設その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害福祉サー

	<p>ビス事業者」という。)との密接な連携に努めるものとする。</p> <p>3 前二項のほか、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「障害者総合支援法」という。及び「旭川市指定障害福祉サービス事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成25年3月25日条例第19号）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定生活介護を実施するものとする。</p>
--	---

4・ サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構造	木造
	敷地面積	2320.00 m ²
	延べ床面積	388.59 m ²

(2) 主な設備

設備の種類	部屋数	備考
多目的室	1室	生活介護室・食堂兼用・洗面台2つ
相談室	1室	
静養室	1室	
浴室	1室	機械浴・脱衣室
トイレ	2箇所	多目的トイレ1ヵ所
事務室	1室	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設、設備を設置しています。

5・ サービス提供職員の設置状況

(1) 職員の体制

職種	員数	常勤		非常勤		備考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
サービス管理責任者	1		1			管理者が兼務
医師（嘱託医）	1			1		
看護職員	2				1	調理員と兼務
生活支援員	6	1			5	非常勤は調理員と兼務
調理員					3	

(2) 職務の内容

管理者	管理者は、職員の管理、指定生活介護の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている指定生活介護の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行う。
サービス管理責任者	ア・生活介護計画の作成等に関すること。 イ・利用申し込者の利用に関し、その者に係る指定障害福祉サービス事業者に対

	<p>する紹介等により、その者の心身の状況、当該事業所以外における指定福祉サービスの等の利用状況を把握すること。</p> <p>ウ・利用者の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるように定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な援助を行うこと。</p> <p>エ・他の従業員に対する技術指導又は助言を行うこと。</p>
医師（嘱託医）	医師は、利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う。
看護職員	看護職は、医師の指導のもと、利用者に対して日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う。
生活支援員	生活支援員は、利用者に対して、日常生活の支援（入浴・食事・排泄）を個別支援計画に基づき行う。

（3）勤務時間

職種	勤務時間
管理者	常勤で勤務 8：30～17：30
サービス管理責任者	常勤で勤務 8：30～17：30
看護職員	常勤で勤務 8：30～17：30 非常勤者は週 30 時間以内
生活支援員	職員 1 名以上は常勤で勤務 8：30～17：30 非常勤者は週 3 0 時間以内

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉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。

6・ 営業日とサービス提供時間

開所日	月曜日～金曜日（12月30日～1月3日）を除く
開所時間	午前 8：30～17：30（開所時間） サービス提供時間 午前 10：00～16：15

7・ サービス提供の内容

（1）介護給付費対象サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	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を把握し、適切な相談、助言、炎上等を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術を持って食事・整容・更衣・排せつ等生活全般に渡る支援を行います。
事業所外支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により 5 日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月 2 回を限度として同意の上で支援を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び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。

創作活動	訓練活動の一環として、作品作り等の創作活動の機会を提供します。
生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 ① 製造 ② 加工や梱包 ③ 利用者の状態に合わせた軽作業等
機能訓練	生活能力の向上のための食事や家事等の日常生活を向上するための訓練や体力、身体能力維持のためリズム体操や歩行訓練等運動の機会を提供します。
送迎サービス	希望により車いす対応車両による送迎を行います。

(2) 介護給付費外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金額
食事サービス	希望により食事の提供を行います。 栄養と利用者の身体状況や健康に配慮した食事を提供します。 食事時間 昼食 12:00～13:00 ※ 食事提供体制加算対象者は加算算定額分の食費減額となり、食材料費として200円をご負担いただきます。	1食 500円 食材料費 (400円)
創作活動等	創作的活動等を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。	実費
日常生活上必要をなす諸経費	利用者の日常生活品の購入代金や日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 ①日用品 ②保険衛生費 ③教育娯楽費	実費
入浴サービス	希望により提供する入浴サービスの水道光熱費。。 (機械浴・一般入浴による入浴サービスです)	1回 300円

《サービスの概要》

全てのサービスは、「個別支援計画書」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者の同意を頂きます。尚「個別支援計画書」の写しは利用者に交付いたします。また、必要に応じて随時「個別支援計画書」の見直しを行います。

8・利用料金

(1) 介護給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等給付費によるサービスを提供した際は、事業所が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、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）のうち利用者負担分（サービス料金全体の1割を上限）を事業所にお支払いいただきます。

なお、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。

① 基本サービス単位表（旭川市の1単位の単価は10.00）

利用料金は、下表のとおり障害支援区分により定められています。（定員11人から20人以下）

サービス提供時間	区分 6	区分 5	区分 4	区分 3	区分 2以下
3 時間未満	517	386	268	239	218
3 時間以上～ 4 時間未満	616	483	335	300	273
4 時間以上～ 5 時間未満	774	578	401	358	327
5 時間以上～ 6 時間未満	904	676	469	419	381
6 時間以上～ 7 時間未満	1,258	941	652	583	532
7 時間以上～ 8 時間未満	1,291	966	669	598	545
8 時間以上～ 9 時間未満	1,353	1,027	730	660	607

サービス提供時間9時間以上から延長支援加算を算定

② 加算単位数（定員11人から20人以下）

		単 位 数	利 用 料	利用者負担額
人員配置体制加算	一定基準以上の職員数を配置している場合に算定			
	I (1.5 : 1)	321/日	3,210 円	321 円
	II (1.7 : 1)	265/日	2,650 円	265 円
	III (2 : 1)	181/日	1,810 円	181 円
	IV (2.5 : 1)	51/日	510 円	51 円
常勤看護職員等配置加算	右表の所定単位数に常勤換算法で算定した看護職員の数に乗じた単位数を加算	28/日	280 円	28 円
福祉専門職員等配置加算	I 常勤で配属されている割合が35%以上	15/日	150 円	15 円
	II 常勤で配属されている割合が25%以上	10/日	100 円	10 円
	III 3年以上従事している常勤職員が30%以上	6/日	60 円	6 円
初期加算	サービス利用の初期段階（開始から30日間）において、利用1日につき加算されます。	30/日	300 円	30 円
重度障害支援加算 II	生活支援員のうち20%以上の基礎研修修了者を配置 区分6かつ行動関連項目10点以上の利用者 個別支援を開始した日から180日以内は+500単位/日	360/日	3,600 円	360 円

重度障害支援 加算 III	生活支援員のうち 20%以上の基礎研修修了者を配置 区分4かつ行動関連項目 10点以上の利用者 個別支援を開始した日から 180 日以内は +400 単位/日	180/日	1,800 円	180 円
訪問支援加算 (月 2 回を限度)	継続して利用する利用者が連続して 5 日間利用しなかったときに、職員が居宅を訪問して相談援助を行った場合に加算されます。	1 時間未満 187/回	1,870 円	187 円
		1 時間以上 280/回	2,800 円	280 円
欠席時対応加算 (月 4 回を限度)	利用者が急病等により利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。	94/回	940 円	94 円
食事提供体制加算	支給決定のある利用者に事業所が食事を提供した場合、1 日につき加算されます。	30/日	300 円	30 円
入浴支援加算	医療的ケアが必要な者又は、重症心身障害者に対して入浴に関わる支援を提供した場合	80/日	800 円	80 円
送迎加算 II	事業者が利用者に対し、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加算されます。	10/片道	100 円	10 円
送迎加算 (重度)	送迎を利用する者のうち、区分 5 もしくは区分 6 に該当する者またはこれに準ずる者が 100 分の 60 以上を占める場合に加算されます。	28/片道	280 円	28 円

③ 福祉・介護職員等処遇改善加算

福祉・介護職員等の賃金改善を実施している事業所において加算します。加算は、福祉・介護職員等の賃金改善に充てられます。

イ・福祉・介護職員等処遇改善加算 (I) 所定単位数の 1,000 分の 81 に相当する単位数

ロ・福祉・介護職員等処遇改善加算 (II) 所定単位数の 1,000 分の 80 に相当する単位数

ハ・福祉・介護職員等処遇改善加算 (III) 所定単位数の 1,000 分の 67 に相当する単位数

ニ・福祉・介護職員等処遇改善加算 (IV) 所定単位数の 1,000 分の 55 に相当する単位数

ホ・福祉・介護職員等処遇改善加算 (I) 所定単位の 1,000 分の 44 に相当する単位

福祉・介護職員等特定処遇改善加算 (II) 所定単位数の 1,000 分の 13 に相当する単位数

福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算所定単位数の 1,000 分の 11 に相当する単位数

※ (ホ) については令和 6 年 5 月末まで算定する

(イ) ~ (ニ) については令和 6 年 6 月より算定する

④虐待防止未実施減算

障害者虐待防止措置を実施していない場合に所定単位数の1.0%を減算する

⑤身体拘束未実施減算

身体拘束適正化措置を実施していない場合に所定単位数の1.0%を減算する

⑥業務継続計画未策定減算

感染症や非常災害が発生した場合であっても、必要なサービスを継続的に提供できる体制を構築するための業務継続計画が未策定の場合所定単位数の1.0%を減算する

⑦情報公表未報告減算

障害福祉サービス等情報公表システム上未報告となっている場合に所定単位数の5%を減算する

(2) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「7・サービス提供の内容(2)介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し料金

利用者が4サービス利用の取り消し(キャンセル)する場合は、利用予定日の3営業日前の午前中までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の前日午後16時まで申し出のない場合はキャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料(食費の実費相当額)1日当たり	500円
-----------------------	------

(4) 利用料金のお支払い方法

前記(1)(2)(3)の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので同月15日までに以下の方法でお支払いください。

- 1 当事業所での現金支払い
- 2 下記指定口座への振り込み

北洋銀行	大雪通支店
普通預金	3416634
口座名義	株式会社パンプキン 代表取締役 西本育美

9・利用者の記録及び情報の管理等

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。また、記録及び情報について契約の終了後5年間保管します。
- (2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上で他事業所及び医療機関との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意(「個人情報使用同意書」による)に基づき情報提供を致します。

10・緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに身元保証人や医療機関への連絡等を行います。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 主治医： 所在地： 電話番号：
緊急連絡先	氏名： 続柄： 電話番号：

1 1 ・事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、道、市町村及び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、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一に備え、下記の損害保険に加入するものとし賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険会社
- (2) 損害保険の種類：介護保険・社会福祉事業者総合保険
- (3) 損害保険の内容：施設利用者に対する損害賠償

1 2 ・要望、苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望、苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	窓口担当者：西本 育美 解決責任者：西本 育美 ご利用時間：午前8：30～午後17：30 (土・日・祝祭日・年末年始を除く) 電話番号：0166-76-5620
-----------------	--

※ 担当者が不在の場合は、当事業所までお申し出ください。

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	窓口担当者：西本 育美 解決責任者：西本 育美 ご利用時間：午前8：30～午後17：30 (土・日・祝祭日・年末年始を除く) 電話番号：0166-76-5620
------------------	--

(3) その他の苦情・虐待相談窓口

苦情相談窓口	北海道福祉サービス運営適正化委員会 ・札幌市中央区北2条西7丁目1番地 北海道立道民活動センター3階 ・TEL 011-204-6310 ・FAX 011-204-6311 ・受付時間 月曜日から金曜日 午前9時から午後5時（祝祭日、年末年始を除く）FAXは24時間受け付けています
虐待相談窓口	旭川市障害者虐待防止センター ・旭川市7条通10丁目 旭川市役所第二庁舎2階 障害福祉課内 ・TEL 0166-25-6476 （平日の午前8時45分から午後5時15分まで） ・土曜日、日曜日、祝日、年末年始及び平日の上記の時間以外 （FAX 0166-24-7007）

13・協力医療機関

医療機関の名称	医療法人フクダ フクダクリニック
医院長名	福田 昂一郎
所在地	旭川市末広5条7丁目1番1号
電話番号	0166-57-8810
診療科	内科・消化器内科

14・非常災害時の対策

非常時の対応	別途に定める災害計画書により対応いたします。
平時の訓練	別途に定める災害計画書に則り年1回、避難・防災訓練を利用者も参加して実施します。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 ・ガス漏れ報知器 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 有 カーテン等は防火性のある物を使用しています。
保険加入	事故・災害に備えて損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名

15・当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償して頂くことがあります。
喫煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理して頂きます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。

宗教活動・政治活動 営利活動	利用者の思想、神鋼は自由ですが、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。
-------------------	---

令和 年 月 日

指定生活介護事業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した。

事業所名 : ケアサポートれん
 説明者職名 : 管理者・サービス管理責任者
 氏名 鈴木 詩織 ㊞

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、同意しました。

令和 年 月 日

利用者

住 所 _____ 印

氏 名 _____ 印

身元保証人

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

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

署名代筆者

住 所 _____

氏 名 _____ 印

続 柄 _____