

「さくや」(共同生活援助事業) 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を希望される方々に対して、障害者総合支援法に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※当事業所では、利用者へ共同生活援助事業(以下「サービス」という。)を提供します。
当サービスの利用は、原則として自立支援給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆ 目 次 ◆◆

1. サービスを提供する事業者	8
2. 利用事業所	8
3. サービスに係る事業所設備等の概要	9
4. 職員体制及び職員の勤務体制	10
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金	11
6. 利用者の記録や情報の管理、開示について	16
7. 苦情の受付について	17
8. 利用者が重度化した場合の対応	17

社会福祉法人 昭徳会
さ く や
事 業 者 登 録 番 号
(第2323400131号)

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 昭徳会
所 在 地	名古屋市昭和区駒方町4-10
電 話 番 号	052-831-5171
代 表 者 氏 名	理事長 鈴木正修
設 立 年 月	昭和27年6月3日

2. 利用事業所

事 業 指 定	平成27年4月1日指定
事 業 所 の 名 称	さくや
事 業 の 種 類	共同生活援助事業
主 たる 対 象 者	知的障害者
施 設 の 所 在 地	〒470-0531 豊田市小原町上平854番23
電話番号・FAX番号	電 話：0565-77-9213 FAX：0565-77-9213
管 理 者	成瀬友昭
施設の運営方針について	<p>法人基本方針「幸福」に則り、知的障害者等の幸福のため誠心誠意努めます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ひとりひとりに、思いやりの心をもって接します。 2 ひとりひとりを尊重し、その人に合った支援、援助をします。 3 ひとりひとりを大切に、まごころで接します。 4 わたしたちは、全ての人の幸福を目指し、たゆまなく援助技術の向上に努めます。 5 わたしたちは、お互いに助け合い、よりよい生活ができるように努めます。
事業所開設年月	平成27年4月1日
利 用 定 員	9人

3. サービスに係る事業所設備等の概要

(1) 事業所の概要

建 物	構 造	木造2階建
	延べ床面積	343.67 m ²
	利用定員	10 人
敷 地 面 積		1,077 m ²

(2) 居室等の概要

居室の種類	室 数	面 積	備 考
居 室	10室	各9.94m ²	内法 各9.13m ²
便 所	2室	各3.73m ²	1階
便 所	2室	各2.48m ²	2階
洗 面 所	2室	各5.80m ²	
脱 衣 室	2室	各4.97m ²	
浴 室	2室	各4.14m ²	
台 所	1室	19.87m ²	
食 堂	1室	23.19m ²	
リビング	1室	24.84m ²	

当事業所では、厚生労働省が定める指定基準を遵守し、設備を設置しています。

(4) 居室の変更

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況等により世話人がその可否を決定します。また、利用者の心身の状況により居室を変更する場合があります。その際には、利用者やご家族と協議のうえ決定するものとします。

(5) 当事業所ご利用の際等に留意いただく事項

当事業所をご利用いただくにあたって以下の点にご留意ください。

1	来訪・面会	・来訪者は、必ず面会簿に記載してください。
2	外出・外泊	・外出・外泊の際は、外出・外泊届けを事務室まで提出していただき、許可を取ってください。
3	協力病院以外の医療機関への受診	・より専門科への受診が必要と判断された場合は、受診が継続的になる場合や遠方への受診等は、ご家族により対応していただく場合があります。
4	居室・設備・器具等の利用	・居室や設備、器具等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等が生じた場合は、賠償していただくことがあります。

5	貴重品の管理	・貴重品につきましては、利用者の責任において管理していただきます。自己管理の難しい利用者につきましては、ご相談ください。希望によりバックアップ施設にて管理をします。(有料)
6	宗教活動・政治活動 営利活動	・利用者の思想、信教は自由ですが、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。
7	動物飼育	・施設内へのペットの持ち込み及び飼育については、世話人とご相談ください。

4. 職員体制及び職員の勤務体制

職員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を順守しています。施設では、利用者に対して共同生活援助事業サービスを提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

令和6年4月1日現在(単位:名)

職 種	常勤換算(※)	備 考
管 理 者	1	兼務
サービス管理責任者	0.5	
世 話 人	1.5以上	サビ管兼務
生活支援員	①~④の合計数以上	
看護員	0.1	

※ 常勤換算とは、職員のそれぞれの勤務延時間数の総数を当施設における常勤職員の所定勤務時間数(週40時間)で除した数です。

たとえば、1日4時間、週5日勤務の職員(1週間で20時間勤務)が5名いる場合、常勤換算では、2.5名(4時間×5日×5名÷40時間=2.5名)となります。

[]はサービス管理責任者と兼務

※ 常勤換算方法で、①~④の数の合計数以上となっている

- ①区分3の利用者数を9で除した数
- ②区分4の利用者数を6で除した数
- ③区分5の利用者数を4で除した数
- ④区分6の利用者数を2.5で除した数

<主な職種の勤務体制：標準的な時間帯>

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	9:00 ~ 18:00
サービス管理責任者 世 話 人	早番 (7:00 ~ 16:00) 日勤 (9:00 ~ 18:00) 遅番 (12:00 ~ 21:00) 宿直 (21:00 ~ 翌日 7:00)

生活支援員	早番 (7:00 ~ 12:30) 日勤A (9:00 ~ 14:30) 日勤B (10:00 ~ 15:30) 遅番 (15:30 ~ 21:00) 宿直 (21:00 ~ 翌日 7:00)
看護師	15:00 ~ 17:00 (週2日)

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金（契約書第4条参照）

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

当事業所が提供するサービスについて、

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> (1) 自立支援給付費等から給付されるサービス (2) 利用料金の全額を利用者等に負担いただくサービス [(1) 以外のサービス] |
|--|

があります。

(1) 当事業所が提供するサービスと利用料金

以下のサービスについては、家賃・光熱水費・食材料費・日用品費・共益費を除き、9割が自立支援給付費の給付対象となります。

事業者が自立支援給付費を代理受領する場合には、利用者等は、利用者負担分として、個別減免等が適用されない場合、サービス利用料金の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す）。

<サービスの概要>

①日常生活の支援

i 食事の提供

- ・利用者の身体状況に配慮し、希望や嗜好を考慮した食事の提供を行います。

※ 時間はあくまでも目安です。

朝食（7:00～8:00）、昼食（12:00～13:00）、夕食（18:30～19:30）

ii 入浴

- ・入浴は、原則、毎日行います。利用者の身体の状況と希望等を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるようめざし、入浴が困難な場合には清拭を行うなど適切な方法で実施します。

iii 排泄

- ・利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行うとともに、排泄の自立に向けた適切な支援を行います。

iv 着脱衣

- ・必要に応じて介助、確認を行います。

v 整容

- ・個性に配慮し、適切な整容が行われるよう援助します。

②健康管理

i 医療

- ・看護師と連携を図り、診察、疾病予防、健康管理に努めます。
※ 緊急時にはバックアップ施設の小原寮看護師とも連携して対応に当たります。
- ・利用者が外部の医療機関に通院する場合には、その付き添い等について配慮します。
なお、利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の協力医療 機関において受診・治療を受けることができます。

協力医療機関名称	小原診療所
院長名	大野政彦
所在地	豊田市小原町平田 355
電話番号	(0565) 65-2013
診療科	内科 消化器科 外科 整形外科 皮膚科 泌尿器科

ii 服薬管理

- ・医師の指示に従って、処方箋の管理・保管するように努めます。

iii 入院中のサービス提供

- ・着替え、洗面具等入院中必要となるものを持参します。また、入院が円滑に行えるように医療機関との連携を保ちます。

③社会的活動の支援

i 日常生活支援

地域において自立した社会生活を送るため、生活習慣の確立を目指し、支援を行います。

ii 余暇活動

健康で明るい生きがいのある生活が営まれるよう、年間行事、レクリエーション、外出等余暇活動を通じて QOL（生活の質）の向上を図ります。

iii その他

〈サービス利用料金（1日あたり）〉（1単位：11,20円）

下記の料金表によって、ご契約者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、自立支援給付費の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体額の1割＝利用者負担）と家賃・食材料費・光熱水費・日用品費・共益費の合計金額をお支払いいただきます。（なお、個別減免等の負担軽減が適用される場合は、ご負担額合計は個々に変わってまいります。）

令和6年4月1日現在

1. ご契約者の障害支援区分別 サービス利用料金	区分6 600単位 区分5 456単位 区分4 372単位 区分3 297単位 区分2 188単位 区分1以下 171単位	厚生労働省が定める額 (変動しますのでご注意ください。) ※ 利用料金×95/100 (大規模住居減算)
2. サービス利用に係る負担額 (1にかかる定額・定率負担)	該当区分単位×当該月日数	障害福祉サービス受給者証 に提示されている額
3. 家賃	月額 30,000円	1日単位 1,000円
4. 食材料費	1日あたり 900円 朝 200円 昼 350円 夕 350円	
5. 光熱水費(水道・電気・ガス)	1日あたり 300円	
6. 日用品費 (各種洗剤・トイレペーパー等)	月額 1,500円	1日単位 50円
7. 共益費(CATV・町内会費)	月額 1,500円 ※但し、CATV500円(税別)	CATV(税別)500円 町内会費 1,000円
8. ご負担額合計 (2+3+4+5+6+7)	2+3+4+5+6+7	

☆ ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び家賃、食材料費、光熱水費、日用品費、共益費といたします。

☆ 1ヶ月通じて利用された場合は、家賃・食材料費・光熱水費・日用品は月額単位になります。ただし、次に掲げる場合は1日単位等の計算になります。

- ① 家賃・食材料費・光熱水費・日用品費は、月途中での入退所をされた場合は、1日単位計算になります。
- ② 食材料費は、外出・外泊等で食事をキャンセルする場合は、その当日の7日前までに申し出て下さい。申出のない場合は、1日あるいは各食分の食材料費をいただきます。
- ③ 光熱水費は、入院・外泊等で事業所に1日通じて不在であった日数分いただきません。

☆ 共益費は、月の初日に在籍している場合に月額いただきます。

その他 社会情勢により著しい物価の変動等その他やむを得ない事由がある場合には、3～7の料金を変更する場合があります。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か月前までにご説明します。

〈加 算 (1日あたり)〉

当事業所では、次の加算が対象となりますので、サービス利用料金の額に加えてお支払いいただきます。※厚生労働省が定める額(変動しますのでご注意ください。)

- ・福祉専門職員配置等加算(常勤の世話人または生活支援員のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理師の資格保有者が35%以上雇用されている場合)・・・10単位

- 夜間支援等体制加算（職員宿直する場合）・・・ 50 単位
- 医療連携体制加算（看護職員が健康管理する場合）・・・ 39 単位

- 人員配置体制加算（Ⅰ）
 - 特定従業者数換算方法で12：1以上の世話人等を配置
 - 区分4以上・・・ 83 単位
 - 区分3以下・・・ 77 単位
- 人員配置体制加算（Ⅱ）
 - 特定従業者数換算方法で30：1以上の世話人等を配置
 - 区分4以上・・・ 33 単位
 - 区分3以下・・・ 31 単位

- 日中支援加算（Ⅰ）
 - 支援対象者1人の場合・・・ 539 単位
 - 支援対象者2人以上の場合・・・ 270 単位
- 日中支援加算（Ⅱ）
 - 支援対象者が1人の場合
 - 区分4以上・・・ 539 単位
 - 区分3以下・・・ 270 単位
 - 支援対象者が2人以上の場合
 - 区分4以上・・・ 270 単位
 - 区分3以下・・・ 135 単位

- 帰宅時支援加算：家族等との連絡調整、交通手段確保等の支援した場合（注1）
 - 1月に外泊期間が3日以上7日未満・・・ 187 単位（月1回限度）
 - 7日以上・・・ 374 単位（月1回限度）
- 長期帰宅時支援加算（帰宅期間が3日以上）・・・ 40 単位（1日あたり）
 - 帰宅時支援加算が算定される場合は、算定しません。
- 入院時支援特別加算
 - 1月に入院期間が3日以上7日未満・・・ 561 単位（月1回限度）
 - 7日以上の場合・・・ 1,122 単位（月1回限度）
- 長期入院時支援特別加算（入院期間が3日以上）・・・ 122 単位（1日あたり）
 - （注）職員が1週間に1回以上入院先を訪問した場合（注2）
 - （注1）（注2） 共同生活援助計画等に基づき、算定させていただきます。
- 福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ 14.7%
 - 以下の要件を全て満たした場合
 - ① 経験技能のある福祉・介護職員を事業所内で一定割合一定割合以上配置していること。
 - ② 改善後の賃金年額 440 万円以上が 1 人以上
 - ③ 職場の更なる改善、見える化
 - ④ 資格や勤続年数等に応じた昇給の仕組みの整備

- ⑤ 職場環境の改善（職場環境の要件）
- ⑥ 賃金体系等の整備及び慣習の実施等

利用者負担額はサービス利用料の1割以内となり、当該上限を超えて支払うことはありません。

※ 訓練給付費における利用者負担額

利用料総額（全体額）＝ 月合計単位数×11,200円 ＝ A円（小数点以下切捨て）

保険給付額（9割）＝ A × 90% ＝ B円（小数点以下切捨て）

利用者負担額（1割）＝ A - B ＝ C円

(2) (1)以外のサービス

以下のサービス（次表参照）については、自立支援給付費の給付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、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

特別なサービスの提供とこれに伴う費用

- ① 自立支援給付費から支給されない日常生活上の諸費用
- ② 預かり金管理

金銭等管理サービスに掲げる内容及び預かり金規程に基づき、管理を行います。

- ③ その他

参照：[サービス利用料]

項 目	金 額				
金銭等管理サービス <ul style="list-style-type: none"> ・お預かりするもの：通帳・印鑑 ・印鑑保管管理者：管理者 ・通帳保管、出納責任者：小原索事務員 ・管理内容 <ul style="list-style-type: none"> 毎月の請求書を責任もって管理します。 国保税の支払い・更新を責任もって行います。 国民年金現況届・市県民税申告書・自立支援給付費の申告書・成年後見人事務報告書の作成について責任もって行います。 <p>※ いつでも預金残高を現物提示いたします。</p>	月額 2,000円				
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">申込印</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> </tr> </table>	金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。	申込印		
金銭等管理サービスを依頼される方は、押印してください。	申込印				
成年後見人事務報告書の作成	3,000円				
在所証明書の発行・国民年金現況届・市県民税申告書	一件につき100円				

外出付添費 (全体行事以外の外出で、個人的な特別な事情による外出に限る)	1回の外出につき、 1日あたり2,000円 (半日外出(12時間以内)は 1,000円)
---	---

参照：[実費利用料1]

項 目	金 額
教養娯楽費及び嗜好品 (ただし、個人的な旅行、外出に伴う費用に限り、事業所として当然行うべきもの、及び施設の行事に係る費用は除く。) ※ 教養娯楽における付添職員分は利用者(均等割)負担	実 費
個人のレクリエーション及び療法等に要する費用 (ただし、施設として、当然行うべきレクリエーション及び療法等に要する費用は除く)	実 費
入院した場合、自立支援給付費に含まれない費用及び家政婦付添等	実 費
移送サービス (利用者等が特に希望する指定医療機関以外への通院や外出、外泊の移送サービス)	実 費(注1) (高速道路等の通行料及びガソリン代)
特別な食事	実 費
理美容代・被服費 その他(書類郵送による切手代等)(注2)	実 費

(注1) ガソリン代は実費を証明する書類を取得することが困難な場合は、法人職員旅費規程に定める交通費(車賃1km単位の額)を適用することとします。

公共機関料金は外出に限り、付添職員分は利用者(均等割)負担とします。

(注2) 当事業所のサービス提供上、利用者負担が適当であると認められたものは、事前に説明し、同意を得るものとします。

参照：[実費利用料2]

※下記予防接種については必要性を十分にご理解頂き、なるべく同意されますようお願いいたします。

項 目	金 額	同意印
インフルエンザの予防接種費用について	実 費	
B型肝炎予防ワクチン接種費用及び抗体検査費用について (※抗体のある方については、予防接種は必要ありませんが、3年に1度は抗体検査を受けていただきます)	実 費	

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

ア 前記(1)(2)の利用料金は1ヶ月ごとに計算し、自立支援給付費が確定次第(概ね、翌々月上旬)請求し、利用者等が予め指定する郵貯銀行通帳から自動引落とします。なお、自動引き落としにかかる手数料については事業者が負担します。(当事業所窓口での現金支払いは

お受けすることができません。)

<支払方法>

- ① 郵貯銀行通帳 自動引き落とし

イ その他

利用者が、契約終了後も居室を明渡さない場合には、本来の契約終了日から現実に居室が明け渡されたまでの期間にかかる家賃をご負担していただきます。

6. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第7条第6項参照）

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、利用者等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、利用者等の負担となります。）

本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 個別支援計画書
- (2) 具体的なサービス提供の具体的な内容
- (3) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務づけられた市町村への通知事項
- (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
- (5) 利用者からの苦情内容
- (6) 事故の状況及び事故に際しての対応
 - ◇ 保存期間は、サービス提供完了日から5年間
 - ◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間
午前9：00～午後6：00（土・日曜日、祝祭日を除く）

7. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付

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。

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none">• 窓口担当者 サービス管理責任者• 受付時間等 午前9：00～午後6：00• 電話番号 0565-77-9213• 担当者が不在の場合は、他職員までお申し出ください。• 苦情受付箱が設置してありますのでご利用ください。
第三者委員	<p>社会福祉法人昭徳会福祉サービスに関する苦情処理解決要綱に基づき任命された次の方々。</p> <ul style="list-style-type: none">• 能見 知行 氏（地域代表） 〒470-0574 豊田市市場町御屋敷434-4• 山本 和夫 氏（地域代表：元石畳地区民生児童委員） 〒470-0471 豊田市石畳町坂下253-52• 三宅 奨 氏（小原西区民生・児童委員） 〒470-0543 豊田市北篠平町向347-1

(2) 行政機関における苦情の受付

当事業所で解決できない苦情は、以下の行政機関へ申し立てることができます。

社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地：名古屋市東区白壁一丁目50番地（愛知県社会福祉会館内） TEL：(052) 212-5515 FAX：(052) 212-5514 受付時間：月曜日～金曜日 9：00～17：00 （国民の祝日・休日、年末年始は除く）
豊田市役所 障がい福祉課	所在地：豊田市西町三丁目60番地（豊田市役所東庁舎 1 階） TEL：(0565) 34-6751 FAX：(0565) 33-2940 受付時間：月曜日～金曜日 8：30～17：15（国民の祝日・休日、 年末年始は除く）

8. 利用者が重度化した場合の対応

事業者は利用者の心身の状況、置かれている環境等を勘察し、以下の援助を行うものとします。

- 一 適切な医療機関または指定介護老人福祉施設等の紹介
- 二 その他の保険医療サービス、福祉サービスの提供者の紹介

9. 第三者評価の実施状況

- (1) 実施の有無 : 有 ・ 無
- (2) 実施年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日
- (3) 評価機関名称 : _____
- (4) 当該評価の開示状況 : 有 ・ 無

令和 年 月 日

「さくや」(共同生活援助事業)に関するサービス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。

施設名 さくや
説明者職名 サービス管理責任者
氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、「さくや」(共同生活援助事業)に関するサービスの提供及び開始に同意しました。

利用者 住所 〒 _____

氏名 _____ 印

利用者の代理人等 住所 〒 _____

氏名 _____ 印

続柄 _____

