

指定生活介護事業サービス 重要事項説明書

あなたに対する生活介護事業サービス提供開始にあたり、山形県指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例（以下「条例」という）に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 東根福祉会
所 在 地	山形県東根市本丸南1丁目10番16号
電 話 番 号	0237-43-6980
代 表 者 氏 名	理事長 大 沼 天
設 立 年 月	平成2年4月1日

2. ご利用事業所

事業所の種類	指定生活介護事業所 平成24年 4月 1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	多機能型支援センター 大けやきの家 (0612200063)
事業所の所在地	山形県東根市大林二丁目3-15-6
連 絡 先	電話番号 0237-53-9111 ファクス 0237-53-9112
施設長	小松 隆浩
管理者	加藤 一郎
サービス管理責任者	赤塚 真由美
サービスの実施地域	東根市、村山市、天童市、尾花沢市、大石田町、河北町
利 用 定 員	15名
開 設 年 月	平成12年1月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	利用者が自立した日常生活または社会生活を営むことができるように支援します。 また、心身のリフレッシュを図り、利用者一人一人のペースでその人らしい生活が送れるように支援します。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つきめの細かな生活介護サービスを提供します。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施 設

建物	構 造	木造平屋建
	敷地面積	2,648.74㎡
	延べ床面積	642.62㎡

(2) 主な設備

施設設備の種類	室 数	備 考
作業室（作業場）	3 室	冷暖房機、作業台、アクリル印刷一式、加湿器、空気清浄機
相談室	1 室	冷暖房機、応接セット
食堂・休憩室	1 室	テレビ、カラオケシステム、書籍、冷暖房機、加湿器、次亜塩素酸空間除菌脱臭機
多目的室	2 室	冷暖房機、テーブル、加湿器、次亜塩素酸空間除菌脱臭機 電動ベッド2台、テレビ ※生活介護訓練室兼静養室
シャワー室	1 室	手摺付、シャワーベンチ
洗面所	2 ヶ所	蛇口6 ヶ所
便所	5 ヶ所	男子専用・女子専用・身障用
更衣室	2 室	個別ロッカー
自動火災報知器	各室	熱感知センサー
調理室	1 室	冷暖房機、冷蔵庫、ガス台、シンク、作業台、オーブン
菓子工房	1 室	冷暖房機、冷蔵庫、ガス台、シンク、作業台、スチームオーブン
店舗	1 室	冷暖房機、ショーケース

当事業所では、山形県の定める条例（第40条）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配置状況

職 種	員数	常 勤		非常勤		備考
		専従	兼務	専従	兼務	
1. 施設長	1 名		1 名			就労継続支援B型兼務
2. 管理者	1 名		1 名			就労継続支援B型兼務
3. サービス管理責任者	1 名		1 名			就労継続支援B型兼務
4. 生活支援員	11 名	8 名		3 名		
5. 看護師	2 名	1 名		1 名		
6. 医師	1 名			1 名		

当事業所では、山形県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。

(1) 主な職種の職務内容と勤務体系

職 種	職務内容	勤務体系
1. 施設長・管理者	・施設全般の管理運営を行います。	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)
2. サービス管理責任者	・個別支援計画の作成及び評価 ・訓練等給付費に係る手続き ・創作的活動等の支援及び生活支援	正規の勤務時間帯(8:30～17:30) 早番(8:00～17:00)
3. 生活支援員	・日常生活全般の支援 ・創作的活動及び生産活動支援 ・教養娯楽等行事の計画実施	正規の勤務時間帯(8:30～17:30) 早番(8:00～17:00)
4. 看護師	・利用者の健康管理	正規の勤務時間帯(8:30～17:30)
5. 医師	・利用者の健康管理、指導	月1回及び必要に応じて

(2) 利用日及び利用時間

施設の利用日は、次に定める休日を除いた日とし、営業時間は、午前8時30分から午後5時30分までとし、サービス提供時間は原則として午前9時から午後4時までとします。また行事その他事業によって、休日を利用日とする場合があります。

(3) 施設の休日は次の各号に掲げる日とします。

- ①日曜日および土曜日、祝日
- ②12月30日から1月3日まで
- ③その他、管理者が特に必要と認めた日

6. サービス提供の内容

(1) 介護給付費対象のサービス内容

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、援助等を行います。
生産活動	利用者の特性に配慮しながら、本人に適した生産活動の機会の提供に努めます。 〈工賃の支払〉 上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。
日常生活支援	利用者それぞれの能力に応じて、個々の尊厳とプライバシーに配慮した適切な支援を行います。 食 事：食事介助などの支援を行います。 排 泄：トイレ介助などの支援を行います。 着脱衣：生活のリズムを整え、毎日の着替えの支援を行います。 整 容：個性に配慮した適切な整容が行われるよう支援を行います。
食 事	栄養士の管理のもと、栄養はもとより、障がい者に配慮した食事の提供を行います。 配膳準備・後片付け・食事の仕方など利用者の状況に応じて適切な援助をします。
コミュニケーション	利用者個々の能力に応じて、様々な手法により意思を伝達することができるよう支援します。
金銭管理	日常、使途する金銭の管理を個々の能力に応じた方法で行えるよう支援します。
情報提供	社会参加を図る一環として、個別的な説明を含め、そのための有益で必要な情報を利用者へ提供します。
人間関係	必要な人的、物的な環境調整とともに、円滑な人間関係を築くための社会性を身につけることができるよう支援します。
地域生活移行	利用者の意思とその身元引受人又は後見人等の理解、協力の下に、必要な条件を整備した上で地域生活への移行を支援します。
社会資源の利用	利用者がより社会と関わりのもてる生活を送ることのできるよう、地域の活動への参加等社会資源の活用を図ります。

事業所外支援	訪 問 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ます。
健康管理	日常生活上必要な健康管理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。 健康観察及び指導：月1回及び必要に応じて嘱託医による訪問 定 期 健 診：年1回及び協力医による診察 服 薬 支 援：処方箋に基づき、服薬の指導を致します。通院と治療は各自において、通院・治療とします。 服 薬 管 理：薬については、看護師が管理し、与薬はマニュアルに基づき、誤りのないよう万全を期します。誤飲や服薬拒否等の心配のある利用者に対しては、個別対応します。 通 院 ・ 処 置：利用者が怪我や病気などで医療機関による治療が必要な場合は指定医療機関へ速やかに通院します。 入院中の支援：利用者の状況に応じた訪問を行い、利用者が安心して入院生活を送れるようにします。

(2) 介護給付費対象外サービス内容

サービスの種類	サービスの内容	金 額
食材料費	食事の材料費を負担して頂きます。(食事提供体制加算対象の方も負担頂きます。)	4 6 4 円 (税込)
生産活動等	生産活動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
創作活動等	創作活動等を行ううえでかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
日常生活上必要となる諸経費	利用者の日常生活品の購入代金等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関わる費用をいただきます。 ①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費 ④指導訓練費 その他参加する特別行事等で必要とされる費用 ※オムツ類は基本のご持参願います。	実費 リハビリパンツ 1枚80円 尿取りパット 1枚50円

<サービスの概要>

全てのサービスは、「個別支援計画」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、利用者の同意をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

7. 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額）のうち利用者負担額以外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る（法定代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の利用者負担額を事業者にお支払いいただきます。(利用者負担額といいます)

(2) 介護給付費基準額

A 利用者の障害支援区分と報酬単位（生活介護サービス費定員11人以上20人以下）					
サービス 提供時間	障害支援区分				
	区分2以下	区分3	区分4	区分5	区分6
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	1258 単位
B 加算単価 別紙①のとおり	各報酬単位				
C サービス利用料金	(A+B) に10円を乗じた額				
D サービス利用に係わる自己負担額	1割				
E うち訓練等給付費として市町村より代理受領する金額	(C-D) ※ただし利用者上限負担額を超える場合は利用者上限負担額を限度とする。				

*加算については別紙①参照ください。

(3) 介護給付費対象外サービス内容の料金

上記「6. サービス提供の内容(2) 訓練等給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(4) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービスを取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の4日前までに当事業所にお申し出ください。尚、サービス利用当日の午前9時までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合がございます。

※キャンセル料 食材料費（1日あたり）

・事前に注文されている方（当日の午前9時まで）	0円（税込）
・上記時間以降のキャンセル	464円（税込）

(5) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)(3)(4)の料金は1ヶ月ごとに計算し、翌月の15日まで請求書をお渡しし26日に、ご指定の口座から引き落としさせていただきます。なお、手数料は当事業所で負担いたします。

(6) 事故と損害賠償

事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに県・市町村・利用者の家族等に連絡をします。

事業者は、サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、速やかに利用者の損害を賠償します。

8. 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いたします。
- (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の他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町村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。

9. 緊急時の対応

サービス提供中に利用者の心身の状況に異変その他緊急事態が生じたときは、速やかに医療機関或いは協力病院に連絡し、適切な措置を講ずるとともに家族等に報告します。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電話番号：
緊 急 連 絡 先① ※日中連絡可能な連絡先	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
緊 急 連 絡 先②	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：
緊 急 連 絡 先③	住 所： 電話番号： 氏 名： 続 柄：

10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する事項

(1) 要望・苦情等に関する申立先

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 加藤一郎（管理者） ・ご利用時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：30 ・電話番号 0237-53-9111 ・F A X 0237-53-9112 ・担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。 ・苦情受付ボックスを事務所前に設置しています。 ※要望・苦情受付除外日 日曜日および土曜日、祝日・12月30日～1月3日まで	
第三者委員 による相談窓口	伊藤三之（弁護士）	詳しい連絡先・方法等は法人本部、横尾智までお問い合わせ下さい。 電話番号 0237-43-6980
	遊佐靖彦	

東根市健康福祉部 福祉課	・所在地 東根市中央一丁目1-1 ・電話番号 0237-42-1111 ・受付時間 8:30～17:00
村山市福祉事務所 福祉課	・所在地 村山市中央一丁目3-6 ・電話番号 0237-55-2111 ・受付時間 8:30～17:00
天童市健康福祉部 社会福祉課	・所在地 天童市老野森一丁目-1-1 ・電話番号 023-654-1111 ・受付時間 8:30～17:00
尾花沢市福祉事務所 福祉課	・所在地 尾花沢市若葉町一丁目1-3 ・電話番号 0237-22-1111 ・受付時間 8:30～17:00
大石田町健康福祉課	・所在地 大石田町緑町1番地 ・電話番号 0237-35-2111 ・受付時間 8:30～17:00
河北町健康福祉課	・所在地 河北町谷地戊81 ・電話番号 0237-35-2111 ・受付時間 8:30～17:00
山形県福祉サービス運営 適正化委員会	・所在地 山形市小白川町二丁目3-31 ・電話番号 023-626-1755 ・受付時間 8:30～17:00
対応手順	・受付 ・問題点の把握→責任者への報告→緊急の場合は即時対応 ・処理見込みの期間の説明 ・必要な調査の実施 ・改善方策の検討 ・ご利用者、ご家族への報告 ・改善策の周知徹底

＊上記の市町村以外の方は障害福祉サービス受給者証の支給市町村にお問い合わせください。

（２）虐待防止の為の措置に関する事項

職員は、利用者の心身に有害な影響を与える行為をしてはならない。管理者は、施設内における利用者虐待の予防措置を講じます。

- ①虐待の防止に関する責任者の選定
- ②成年後見制度の利用支援
- ③苦情解決体制の整備
- ④職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施
- ⑤身体拘束適正化検討・虐待防止委員会の設置

1 1. 協力医療機関

医療機関	・嘱託医：高橋則好 診療科：宮崎外科胃腸科クリニック（内科・外科・胃腸科・肛門科） 電話番号：0237-41-2357 住所：東根市宮崎一丁目3-30 ・協力医療機関 北村山公立病院 院長：國本健太 電話番号：0237-42-2111 診療科：内科・神経内科・外科・泌尿器科・その他 住所：東根市温泉町二丁目15番1号 ・利用者が、専門医師などの診断・治療を要することになった場合には、各自医療機関において受診・治療を受けることができます。
------	--

1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	・別途に定める、消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	・別途に定める、消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方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 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常通報装置 有 ・カーテンは防災性能のある物を使用しています。
消防計画	消防署への届出日：令和7年4月 防火管理者：赤塚 真由美

1 3. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

日常生活	・管理者が定める日課表に基づいて規律ある生活をする。 ・他人に迷惑をかけず、相互の融和を図るよう努力すること。 ・身の回りを整え、身体及び衣類の清潔に勤めること。
設備・器具の利用	・事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがって丁寧にご利用ください。利用方法等については職員の指示を守ってください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。 ・ロッカー及び下駄箱につきましては指定された場所をご利用下さい。
送迎車の利用	・シートベルトの着用をお願いいたします。 ・送迎のキャンセルや変更は、事前に連絡をお願いいたします。 ・乗車された際は運転手の指示に従ってください。
火災防止	・敷地内禁煙となります。 ・発火のある物品は、施設内に持ち込まないこと。 ・火災防止上危険を感じたときは、直ちに職員に通報すること。
貴重品の管理	・貴重品は、利用者の責任において管理をお願いいたします。自己管理の難し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いたします。

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。
ペット	・事業所内へのペットの持ち込み及び飼育はお断りします。

14. 第三者評価の実施の有無について

第三者における評価について、実施しておりません。

指定障害者福祉サービス生活介護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。

令和7年4月1日より施行します。

施設名 多機能型支援センター 大けやきの家
説明者職名 サービス管理責任者 赤塚 真由美 印

重要事項の説明に係る同意書

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害福祉サービス生活介護サービス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。

私は、この重要事項説明書を確かに受領いたしました。

令和 年 月 日

利用者住所：

利用者氏名： 印

家族代表住所：

続 柄：

家族代表氏名： 印

個人情報使用同意書

1 使用する目的

利用者のための個別支援計画書を作成するにあたって、また円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議等、生活支援員との連絡調整において必要な場合に使用いたします。

2 条 件

- ・ 個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ・ 個人情報を使用した場合、相手方・内容等の経過を記録しておくこと。
- ・ 下記の内容については、利用者及び家族の同意なしに関係者といえども情報提供を行わないこと。

令和 年 月 日

私は、個人情報について、上記の記載するところにより、必要最小限の範囲内で使用されることについて同意いたします。

利用者住所：

利用者氏名：

印

家族代表住所：

続 柄：

家族代表氏名：

印