

社会福祉法人 千寿福祉会  
重要事項説明書

障がい者支援施設 みすず荘  
生活介護（通所）

本重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づき、当施設の概要や提供されるサービスの内容、契約上注意していただきたいことを説明するものです。

当施設では、利用者に対して生活介護を提供します。  
当サービスの利用は、原則として介護給付費または訓練等給付等の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（以下、「障害者総合支援法」という）における給付の支給決定を受けた方が対象となります。

— 目 次 —

1. サービス提供事業者
2. 利用施設
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 利用施設の概要
5. サービス利用上の留意事項
6. 職員の配置状況
7. 当施設が提供するサービスと利用料金
8. 苦情の受付について
9. 虐待の防止について
10. ハラスメント対策について
11. 非常災害対策について
12. 提供するサービスの質の向上について
13. 身元引受人について

## 1. サービス提供事業者

名 称	社会福祉法人 千寿福社会 (せんじゅふくしかい)
所 在 地	岡山県津山市瓜生原 3 2 6 - 1
代表者氏名	理事長 小林 和彦 (こばやし かずひこ)
設立年月日	昭和 5 5 年 2 月 1 3 日

## 2. 利用施設

施設の種類	指定障害者支援施設 (平成 2 3 年 1 月 1 日指定 岡山県第 3310300573 号)
施設の名称	障がい者支援施設 みすず荘 (生活介護事業)
施設の目的	常に介護を必要とする方に、昼間、入浴、排泄、食事等の日常生活支援を行い、機能訓練、創作、生産的活動等の機会を提供すると共に、行事やレクリエーション等の機会を提供します。
主たる対象者	身体障害者、知的障害者
施設の所在地	岡山県津山市瓜生原 3 2 6 - 1
TEL	(0868) 26-3118
FAX	(0868) 26-3772
管理者(荘長)	筆保 優子 (ふでやす ゆうこ)
サービス管理責任者	神田 真琴 (かんだ まこと)
施設の運営方針について	個人が尊厳をもって、地域や家庭の中でその人らしい自立した生活が送れる社会を実現するために、ノーマライゼーションと人権尊重の理念に基づいた施設運営に取り組みます。
開設年月日	昭和 5 5 年 4 月 1 日
定員	5 5 名

## 3. 事業実施地域及び営業時間

通常事業実施地域	旧津山市圏域及び当施設から半径 1 0 k m 圏内 ※通常の事業実施地域以外でもサービスを実施する場合あり
営業日 (サービス提供時間)	年中(年末年始を除く) ※施設の受入体制が可能な時に限る 月～金曜日 (9 : 0 0 ~ 1 6 : 0 0)

## 4. 利用施設の概要

当施設では、居室以外に下記の施設、設備を利用できます。これらは、厚生労働省が定める基準により、生活介護ならびに施設入所支援のサービス提供において設置が義務づけられている施設、整備であり、利用についての費用負担はありません。

施設設備の種類	設置数	備 考
機能回復訓練室	1 室	機能訓練を行う部屋
食 堂	1 室	
浴 室	1 室	
洗面所	4 ヶ所	各棟廊下に 2 ヶ所
便 所	7 ヶ所	男女共用 3 ヶ所、男性用 2 ヶ所、女性用 2 ヶ所 3 ヶ所に天井走行式リフト付
相 談 室	1 室	談話の漏洩防止に配慮された構造
多目的室	3 室	多目的に利用できる部屋
非常災害設備等	—	自動火災報知設備、自動火災通報設備
	3 ヶ所	防排煙制御設備 防火扉
	1 4 ヶ所	誘導灯及び誘導標識
	全館	スプリンクラー設備(消火用散水栓 4 ヶ所)
	1 ヶ所	非常自家発電設備
	2 6 台	消火器具

## 5. サービス利用上の留意事項

施設を利用されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守り下さい。

- ① 居室及び共用施設、敷地はその本来の用途に従ってご利用下さい。
- ② 故意、または重大な過失により、施設、設備、備品を損壊したり汚したりした場合は、利用者の自己負担による修復、もしくは相当の代価をお支払いいただくことがあります。
- ③ 利用者に対するサービスの実施、または安全衛生管理等、管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。ただし、その際には利用者のプライバシー保護について十分な配慮を行います。
- ④ 施設内所定の喫煙所以外での喫煙はできません。喫煙に関し、本留意事項を守らない等の状況がある場合、職員で煙草等を預かる場合があります。また、施設内では喫煙所以外での火気の使用は原則禁止です。
- ⑤ 宗教、思想、信条の自由は尊重いたしますが、施設職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動の他、営利活動等は行うことができません。
- ⑥ 施設内での飲酒について、生活介護のみの利用者は原則できません。

## 6. 職員の配置状況

### (1) 職員の配置状況

当施設では利用者に障害福祉サービス（生活介護）を提供するため、下記の職員を配置しています。

職種	常勤換算	指定基準
1. 管理者（荘長）	1名	1名
2. 事務員	3名	—
3. サービス管理責任者	1名	1名以上
4. 看護師	2名以上	4～7の職員数＝
5. 生活支援員（相談生活支援員含む）	24名以上	前年度平均利用者数÷3
6. 理学療法士	1名以上 非常勤を含む	配置加算上職員数＝ 前年度平均利用者数÷2
7. 機能訓練指導員	1名	
8. 医師	非常勤1名以上	必要数
9. 管理栄養士・栄養士	1名	1名以上
10. 調理員	3名	—
11. 歯科衛生士	1名	—

#### ※常勤換算

職員それぞれの週あたり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。

（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では1名  
（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

《その他、専門的な支援等に係る従業者の配置状況》

#### 生活介護における配置状況

職 種	配置状況
生活支援員等、直接サービスの提供に関わる職員 （生活支援員、看護師、理学療法士、機能訓練指導員等）	①当施設では、上記の通り指定基準上求められる職員の配置を上回る、職員体制（2：1）でより質の高いサービスの提供に努めております。 ②当施設では、常勤配置の生活支援員の内35%以上が社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士の資格保有者であり、より専門的なサービスの提供に努めております。

## (2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
1. 生活支援員	標準的な時間帯における配置人員 早 出 : 7:00 ~ 16:00 3名 (曜日により異なる) 日勤 a : 8:00 ~ 17:00 2名以上 (曜日により異なる) 日勤 b : 8:30 ~ 17:30 2名以上 (曜日により異なる) 日勤 c : 9:00 ~ 18:00 2名以上 (曜日により異なる) 遅 出 : 10:00 ~ 19:00 2名 夜 勤 : 16:00 ~ 9:00 3名
2. 看護師	7:45 ~ 17:00 2名以上 8:15 ~ 17:30
3. 事務員	8:30 ~ 17:30 3名
4. 管理栄養士 ・栄養士	8:30 ~ 17:30 1名以上
5. 調理員	7:00 ~ 16:00 1名 8:30 ~ 17:30 1名以上 9:00 ~ 18:00 1名
6. 理学療法士	8:30 ~ 17:30 1名 13:30 ~ 15:30 1名 (月2回)
7. 機能訓練指導員	9:00 ~ 16:00 1名
8. 歯科衛生士	8:30 ~ 17:30 1名
9. 医師	○指定医療機関による往診 (内科医 週2回)

※土日祝祭日は上記と異なる場合があります。

## 7. 当施設が提供するサービスと利用料金 (契約書第4条、第5条参照)

(1) 当施設が提供するサービスと利用料金 (介護給付費から給付されるサービス)

〈サービスの概要〉

全てのサービスは「個別支援計画」に基づいて提供いたします。この個別支援計画は、利用者の自立生活を支援し、さまざまな目標や課題の解決等を目的として作成します。作成はサービス管理責任者が行い、個別支援会議で検討された後、利用者にご同意をいただくものです。なお、同意をいただいた後、個別支援計画の写しを利用者に交付いたします。

### ①日常生活の支援

#### I 食事の提供

食事時間：昼食－12:00～

#### II 入浴、清潔

利用者の心身状況や自立支援をふまえて特殊浴、介助浴を適切な方法により実施します。また、入浴の実施にあたっては事前に健康状態の把握を行い、入浴をすることが適切でない場合には清拭を実施する等の清潔保持に努めます。なお、入浴の実施は特別な場合を除き、施設の定める曜日といたします。また、清潔で快適な環境を維持するため、居室及び共用設備の清掃、シーツ交換 (排泄物等で汚れた場合には随時交換) を行います。

#### III 排泄

自立に向けてのトイレ誘導や採尿等、利用者の状態や排泄パターンに応じて身体能力を最大限に活用できる支援を行います。また、自立困難な利用者に対しても、随時のおむつ交換や陰部の清拭等により、安全かつ快適な排泄を支援します。

#### IV 着脱衣、更衣、整容

利用者の心身機能を最大限に引き出し、安全かつ的確な支援を行います。

#### V リハビリテーション

利用者に対し、身体機能の減退防止等のため、機能回復訓練、生活訓練やマッサージ等のリハビリテーションを提供します。リハビリテーションは、嘱託医の指示のもと、理学療法士がリハビリテーション計画を作成し、利用者の同意を得て実施いたします。

## VI 生産活動

利用者の障害特性をふまえた生産活動に従事する機会を提供します。

○フルーツキャップの加工、梱包 ○タオルたたみ等

作業時間 9:30～11:30、13:00～15:30

生産活動における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。

### ②送迎サービス

利用者の希望により、自宅と事業所間の送迎を行います。ただし、通常の事業実施地域外からの利用の場合、送迎サービスの実施をお断りすることがございます。

### ③医療及び健康管理

I 発熱等通院対応が必要な場合、その他心身の状態によっては、サービスの提供を中止することがあります。

#### II 服薬

嘱託医と連携を図り、看護師による適切な服薬管理、指導、点検を行います。

### III 緊急時の対応

サービス提供時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、速やかに協力医療機関または救急医療機関への連絡、受診を行う等の必要な措置を講じ、その経過ならびに結果を家族に連絡いたします。なお、医療機関の受診につきましては、家族の付き添いへの協力をお願いいたします。また、介護事故等の発生時には、県、利用者支給決定市町村ならびに利用者家族等に報告、連絡を行い、適切な対応を行います。なお、当施設では下記の損害保険に加入しており、賠償すべき事故が発生した場合の速やかな対応に備えております。

〈保険名称〉 ひょうご福祉サービス総合補償制度

〈運 営〉 (福) 兵庫県社会福祉協議会

〈保険会社〉 三井住友海上火災保険(株) 〈取扱代理店〉 (株) 兵庫福祉保険サービス

## II 創作的活動、余暇活動

年中行事、レクリエーション活動、クラブ活動、外出援助活動等を実施します。

### ⑤相談援助

利用者の心身状況や生活環境等の的確な把握に努め、さまざまな相談に対応いたします。

### ⑥介護給付費から支給される物品

別紙「支給及び貸与物品一覧表」を参照して下さい。

〈サービス利用料金(1日あたり)〉

下記の料金表によって、利用者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額を除いた金額(利用者負担)と食費の合計金額をお支払いいただきます。なお、食費を除くサービス利用料金については、利用者負担を軽減する措置があります。市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に負担上限額に関する記載があれば、利用者負担は記載されている金額の範囲内となり、それを超える負担を求めることはありません。(以下に関連記載あり)

生活介護利用料(1回あたり)

契約者の障害支援区分		区分2以下	区分3	区分4	区分5	区分6
1	障害支援区分に応じた利用料	¥4,530	¥4,960	¥5,620	¥8,200	¥11,080
2	内介護給付費が給付される金額	¥4,077	¥4,464	¥5,058	¥7,380	¥9,972
3	うちサービス利用にかかる自己負担額(定率負担)(1-2)	¥453	¥496	¥562	¥820	¥1,108
4	食事にかかる自己負担額	¥550				
5	負担額合計(3+4)	¥1,003	¥1,046	¥1,112	¥1,370	¥1,658

〈サービス利用の取り消し(キャンセル)について〉

利用者が、サービスの利用を取り消す(キャンセル)場合には、利用予定日の3日前までに当施設まで申し出て下さい。期日を過ぎての申し出の場合、下記のキャンセル料をいただく場合があります。なお、急病等やむを得ない理由の場合は、キャンセル料を請求しないことがあります。

キャンセル料(食費の実費相当額)	550円
------------------	------

〈その他のサービス利用料金〉

提供したサービスや利用者の個別の状態により以下の加算があります。これについても加算金額の1割を利用者負担としてお支払いいただきます。なお、負担金額については、前項のサービス利用料金と同様、負担上限額軽減措置の対象となります。

1. 初期加算（300円/日：利用者負担額/30円）  
生活介護利用開始日から30日以内の期間について算定いたします。
2. 人員配置体制加算（Ⅱ）（1360円/日：利用者負担額：136円）  
常勤換算法により、直接処遇職員数を利用者数の2で除した際、その数以上の職員を配置している場合に算定いたします。
3. 食事提供体制加算（300円/日：利用者負担額/30円）  
収入が一定額以下の利用者が食事をされた場合に算定いたします。※以下に別途記載あり
4. 送迎加算（Ⅱ）（100円/片道：利用者負担額/10円）  
送迎サービスを実施している利用者の内、支援区分5及び6、またはそれに準ずる方の送迎数が一定数以上の場合に算定いたします。
5. 福祉職員配置等加算（Ⅰ）（150円/日：利用者負担額/15円）  
常勤生活支援員の内、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士の資格保有者が35%以上の場合に算定いたします。
6. 常勤看護職員等配置加算（220円/日：利用者負担額/22円）  
常勤看護職員を2人以上配置している場合に算定いたします。
7. リハビリテーション加算（200円/日：利用者負担額/20円）  
理学療法士等が中心となり、利用者ごとのリハビリテーション計画を作成し、個別のリハビリテーションを行う場合に算定いたします。
8. 福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）（上記算定料金の4,4%）  
職員の賃金改善等について一定基準を満たす取り組みを行っている場合に算定いたします。
9. 福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅰ）（上記算定料金の1,7%）  
福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）を取得しており、職場環境要件等に関する複数の取り組みを行うと共に、当該加算に基づく取り組みも行っている場合に算定いたします。

〈利用者負担の減免について〉

〔利用者負担に関する月額上限〕

前項でも記載いたしましたが、1ヶ月あたりのサービス利用にかかる利用者負担については、所得に応じて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。

区分	世帯の収入状況	1ヶ月当たりの負担上限額
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 (20歳未満、所得割16万円未満)	9,300円
一般②	市町村民税課税世帯(上記以外)	37,200円

所得を判断する際の世帯範囲は、下記の通りです。

種別	世帯の範囲
18歳以上の障害者 (施設に入所する18、19歳を除く)	障害者のある方とその配偶者
障害児 (施設に入所する18、19歳を含む)	保護者の属する住民基本台帳での世帯

〔食事提供体制加算について〕

前項の月額負担上限の他、食事提供体制加算という利用者負担に関する減免措置があります。これは、収入が一定額以下（低所得）であり、受給者証に食事提供体制加算該当と記載されている場合、サービス利用料金と食費の合計金額ではなく、食費のみの負担額から、食事提供体制加算額の月額300円を差し引いた金額を一回の利用負担額としてお支払いいただきます。

(2) (1) 以外のサービス（利用料金の全額を利用者が負担するサービス）

下記のサービスについては、介護給付費の対象とならないため、サービスの提供を希望される場合には支給及び貸与物品一覧表に記載する所定の料金をお支払いいただきます。なお、所定料金は、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ヶ月前までに説明いたします。

①特別なサービスの提供とこれに伴う費用の例

- ・クラブ活動、レクリエーションの中で個人的に使用する教材、物品等。
- ・個人的な用件で使用するコピー、ファックス、電話に係る費用。

②介護給付費から支給されない主な日常生活上の諸費用の例

- ・個人的な嗜好品や生活用品（酒、コーヒー、煙草、理容品、衣服、TV、CD等）
- ・介護給付費から支給されるものであっても、それ以外の特別なものを希望される場合。

③交通費実費（通常の実施地域外）

- ・ガソリン代相当額として実施地域を越えてから、1kmつき10円をお支払いいただきます。

(3) 利用料金の支払い方法

前記(1)、(2)に関する利用料金、費用は1ヶ月毎に計算し請求いたしますので、以下のいずれかの方法で利用月の翌々月10日までにお支払い下さい。

※食事代は利用毎にお支払いしていただく場合がございます。

ア. 窓口での現金支払い

イ. 下記指定口座への振り込み

中国銀行 津山東支店 普通口座 口座番号：1040578

社会福祉法人千寿福祉会

障がい者支援施設みすず荘 理事長 小林和彦

(シャカイフクシホウジンセンジュフクシカイ

ショウガイシャシエンシセツミスズソウリジチョウコバヤシカズヒコ)

※口座振り込み手数料は負担していただきます。

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

## 8. 苦情の受付について

(1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情や相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者）

〔生活支援係長〕 小川 友美（おがわともみ）

〔サービス管理責任者〕 杉井 将俊（すぎいまさとし）

○苦情解決責任者

〔庄長〕 筆保 優子（ふでやすゆうこ）

○苦情解決第三者委員

福原文徳（ふくはら ふみのり）

秋山 美津子（あきやま みつこ）

- ・苦情に関する受付は担当者により随時行っております。
- ・職員室前に意見箱を設置しています。
- ・利用者本人だけでなく、身元引受人、家族もこの制度をご利用いただけます。
- ・なお、苦情については守秘義務を遵守いたします。

## (2) 行政機関その他苦情受付機関

岡山県運営適正化委員会 事務局	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館きらめきプラザ3F Tel・Fax 086-226-9400
-----------------	--

※その他、各福祉事務所・市町村役場においても苦情受付を行っております。

## 9. 虐待の防止について

当施設では、利用者等の人権擁護、虐待防止等のため、下記の対策を講じています。

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	庄 長 筆 保 優 子 (ふでやす ゆうこ)
-------------	------------------------

②成年後見制度の利用を支援いたします。

③苦情解決体制の整備を行っています。(9. 苦情の受付について 参照)

④職員に対し、虐待防止に関する研修を実施しております。

## 10. ハラスメント対策について

当施設では、利用者の生活環境並びに職員の労働環境を安心できるものとするため、各種ハラスメントの防止に向けた取り組みを講じています。

①ハラスメント対策に関する責任者を選定しています。

ハラスメント対策に関する責任者	庄 長 筆 保 優 子 (ふでやす ゆうこ)
-----------------	------------------------

②ハラスメントに関する相談窓口を設置しています。

○相談窓口 (担当者)

〔生活支援係長〕 小 川 友 美 (おがわ ともみ)

〔サービス管理責任者〕 杉 井 将 俊 (すぎい まさとし)

③職員に対し、ハラスメント防止のための研修を実施しています。

## 11. 非常災害対策について

当施設では非常災害時に備え、下記の取り組み及び対応を実施します。

①避難訓練

年に2回、消防職員立ち会いのもと避難訓練を実施します。実施内容には職員による通報訓練及び避難誘導訓練等も含まれます。

②警報等発令時について

地震、台風等の警報発令時は、利用者及び職員の安全確保のため、サービスの提供を中止する場合があります。

## 12. 提供するサービスの質の向上について

現在、当施設では第三者評価の実施はしていませんが、下記の取り組みを行い、利用者に提供するサービスの質の向上に努めています。

①介護福祉士等養成課程の実習生、各種ボランティアへのアンケート調査

②各種研修への参加による職員の介護技術、知識の習得



### 1 3. 身元引受人

- ① 契約の締結にあたり、身元引受人を立てていただくこととなります。
- ② 身元引受人には、利用者にとって身近な方になっていただくのが望ましいのですが、必ずしもこのことに限る主旨ではありません。
- ③ 身元引受人は、利用者の利用料等の経済的な債務について、利用者と連帯してその債務の履行義務を負うこととなります。そのため、利用者による利用料等の適正な支払いがなされていないと事業者が判断した場合、身元引受人に対し、次の極度額の支払いを求めることがあります。また、利用者が緊急で医療機関に入院する場合には、その手続きを円滑に遂行するために必要な事務処理、費用負担や当施設と協力、連携すること等の責任を負うこととなります。

極度額	金 600,000円
-----	------------

- ④ 利用者がサービス利用中に死亡した場合においては、その遺体や遺留金品の引き取り等は、身元引受人の責任において対応をお願いいたします。また、利用契約終了後、当施設に残された金品を利用者が引き取れない場合には、身元引受人の責任において引き取っていただきます。
- ⑤ 身元引受人が死亡したり、上記③、④を遵守できないと事業者が判断した場合には、新たな身元引受人を立てていただくこととなります。

以 上

令和4年4月1日

指定障害者支援施設サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

(施設名) 障がい者支援施設 みすず荘

(説明者職名) サービス管理責任者 氏名 杉井 将俊 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、指定障害者支援施設サービスの提供開始に同意しました。

(利用者)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は \_\_\_\_\_ の身元引き受け人になることを承諾し、 \_\_\_\_\_ の指定障害者支援施設利用に関わる説明を受け、サービス提供開始に同意しました。

(身元引受人)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )

利用者は、署名できないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者 \_\_\_\_\_ に代わって、署名を代行いたします。

(署名代行者)

住所

氏名 \_\_\_\_\_ 印 (利用者との続柄 \_\_\_\_\_ )