

指定生活介護事業所
重 要 事 項 説 明 書

社会福祉法人 恵泉会
パ ル め ぐ み

指定生活介護事業所 重要事項説明書

障害福祉サービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて、当事業所が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 恵泉会
所 在 地	宮城県登米市迫町佐沼字江合3-16-2
代表者氏名	理事長 松坂 勝司
設立年月	昭和48年5月21日
電話番号	0220-22-1160

2. 利用施設

事業所の種類	指定生活介護事業所 平成20年4月1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	パルめぐみ (0411200298)
事業所の所在地	宮城県登米市迫町佐沼江合3丁目16番地2
連 絡 先	電話番号 0220(22)1102 FAX 0220(22)3722
管 理 者	パルめぐみ 管理者
定 員	35名
施設開設年月	平成17年 4月 1日

3. サービスの目的・運営方針

施設の目的	入浴、排せつ及び食事等の介護、調理、洗濯及び掃除等の家事並びに生活等に関する相談及び助言等の支援、創作的活動の機会の提供を行う。
施設の運営方針	日中の活動の場を提供する施設として、利用者一人一人の個性を理解し個々の特性に即した効率的な支援を行い、自立の促進と生活の質の向上を目指し、利用者の立場に立ったサービスに努める。また、個別支援計画に基づき、ニーズ、達成すべき目標を明確にし評価していきながら、通過施設としての役割を意識して事業展開していく。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	木造鋼板葺き平屋建て
	建物の延べ床面積	884.00㎡
	敷地面積	3,238.96㎡

(2) 主な設備

部屋の種類	室 数	面 積	備 考
食堂兼多目的室	1 室	120㎡	床暖房
浴 室	2 室	50㎡	
医務室	1 室	20㎡	
静養室	1 室	20㎡	
相談室	2 室	51.15㎡	
作業室	1 室	208㎡	床暖房
更衣室	2 室	25㎡	
その他	男女別トイレ、多目的トイレ、洗面脱衣室、会議室 火災報知器（熱・煙感知システム）、エアコン 消防機関へ通報する火災報知器、簡易型屋内消火栓 警備会社自動通報システム、防災カーテン		

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配置状況

職 種	員 数	区 分				常勤 換算	指定 基準	資 格 等
		常 勤		非 常 勤				
		専 従	兼 任	専 従	兼 任			
管理者	1		1			1	1	社会福祉主事任用資格
サービス管理責任者	2	1	1			1.5	1 以上	サービス管理責任者研修修了
生活支援員	9	5	2	2		8.2	7以上	介護福祉士 社会福祉主事任用資格等
看護職員	1	1				1	1 以上	准看護師免許
事務員	1	1				1	必要数	

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。

(1) 各職種の勤務体系

職 種	勤 務 体 系	
管理者	常勤職員の勤務時間	早 番Ⅰ（7：30～16：30）
サービス管理責任者		早 番Ⅱ（8：00～17：00）
生活支援員		平 常（8：30～17：30）
看護職員		遅 番Ⅰ（9：00～18：00）
事務員		遅 番Ⅱ（10：00～19：00）

(2) 営業日と営業時間

営業日：月曜日～土曜日（祝日含む・年末年始を除く）

冬季休業…12月30日～1月3日

営業時間：8時30分～19時00分（平日・祝日）

6. サービス提供の内容

① 日常生活の支援

食 事	（食事時間）昼食12:00～12:50 おやつ14:30～14:45 ◇利用者の健康増進と疾病の予防に配慮した献立の工夫をし、常に明るく楽しい食事かできるように努めながら食事マナーの支援も行います。 また、必要に応じ減量食、食事介助等を行います。
排 泄	◇清潔で快適なトイレの環境を保ち、利用者の状況に応じた適切な排泄を支援するとともに、心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた適切な支援を行います。
入 浴	◇原則として毎日入浴（月～土）を行います（希望者のみ）。 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。 ただし、利用者の心身状況で入浴が適当でない時（発熱、血圧不安定、興奮等）や疾病がある場合は控えさせていただくことがあります。
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 医療および健康管理

健康管理	・健康管理は看護職員または生活支援員が行います。 ・常に利用者の健康に留意するとともに健康維持のために適切な措置を講じます。 ・定期検診は、年2回行います（日程は別途ご連絡します）。 ・昼食時や行事等で服薬の必要な方には、服薬介助を行います。
------	---

③ 社会生活等支援

日中活動	地域において自立した社会生活を送るための生活習慣の確立をめざし以下の活動を行います。 ◇生活介護、日常生活支援、創作活動、音楽療法、調理活動、余暇活動等の支援を行います。年間計画に基づいた行事を実施します。 ◇その他、必要に応じて個別的な支援を行います。
余暇活動	個々の状況や希望に添ったレクリエーション等の提供に努めます。
自治会活動	◇自主的活動が円滑に行われるよう支援します。

④家庭との交流

広報の発行	年３回広報を発行します。
交流行事の実施	年１回程度一緒に参加できる行事を計画し、交流を行います。

⑤地域との交流

地域住民との交流	地域行事への参加を積極的に進め、地域の人とより良い関係を保てる障害への理解を図れるようにする。さらに、ボランティアの受け入れと利用者の社会に出向いたボランティア活動を行い地域に開かれた施設、地域への発信拠点とした施設作りを行う。
ボランティア団体との交流	ボランティアの積極的受入れ、学校体験ボランティアの受入れ。

⑥相談援助及び自立支援給付申請の援助

利用者の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め利用者又は代理人の相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他援助を行います。

７．利用料金

（１）介護給付費対象サービスの料金

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基準により算定した額）のうち９割が介護給付費の対象となります。

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（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）。

なお、定率負担または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下さい。

（２）介護給付費対象外サービスの料金

以下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、サービスの提供をご希望される場合には、所定の料金（実費等）をお支払いいただきます。

サービスの種類	サービスの内容	金 額
食事サービス （食 費）	季節感のある食事の提供をします。 （厨房業務は業務委託しています）	昼食代 ３４０円 おやつ代 ６０円
特別な食事	施設提供以外の食事や特別食等	実 費
創作的活動及び諸活動費用等	創作的活動及び諸活動等を行う上でかかる費用で、負担していただくことが適当であるものに係る費用	実 費

日常生活上必 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、負担していただくことが適当であるものに関わる費用（日用品費、保健衛生費、教養娯楽費等）	実 費
その他	・ サービス提供記録等の複写代 ・ 介護給付費から支給されない諸費用等	1 枚 1 0 円 実 費

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、変更する2ヶ月前までにご説明いたします。

※生活保護を受給している方については、パルめぐみ内で提供される食事代の負担はありません。

（３）サービス利用の取り消し料金

利用者が、サービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の前日までに当事業所までお申し出ください。

なお、前日までにお申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）1日あたり	400円
-----------------------	------

（４）利用料金のお支払い方法

前記（１）、（２）、（３）の料金は、1ヶ月毎に計算し、翌月10日頃に請求しますので、末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

①. 口座振替による引き落とし
②. 下記指定銀行への振り込み（手数料は負担願います）
七十七銀行 佐沼支店 普通預金 5521301
社会福祉法人 恵泉会 理事長 松坂 勝司
③. パルめぐみへの現金払い

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は契約の終了後5年間保管します。

※ 閲覧、複写ができる窓口時間は10：00～15：00です。

（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（「個人情報の使用に係る同意書」による）に基づき情報提供をいたします。

9. 緊急時の対応

利用者の容態に急変があった場合、または活動中負傷を負った場合は、協力医療機関、または利用者の指定する医療機関に連絡する等必要な措置を講じます。また、ご家族や登録した人・場所に速やかにご連絡いたします。

利用者のかかりつけ 医療機関等	医療機関名：
	診 療 科：
	主 治 医：
	所 在 地：
	電話番号：
緊 急 連 絡 先 ①	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：
備 考	

当事業所が定めている嘱託医・協力医療機関は次のとおりです。

医療機関名	やすらぎの里 サンククリニック
医 師 名	担当医師
所 在 地	宮城県登米市南方町鴻ノ木152-1
電 話 番 号	0220(29)6060
診 察 科 目	内科、循環器科、アレルギー科、皮膚科、泌尿器科 リハビリテーション科

※年2回定期健康診断(内科)を行います

10. 要望・苦情等申立先及び相談窓口

(1) 当施設における要望・苦情やご相談は以下の専用の窓口で受け付けます。

【当施設ご利用相談等窓口】

受付担当者	パルめぐみ サービス管理責任者
解決責任者	パルめぐみ 管理者
電話番号	0220(22)1102
受付時間	8時30分～17時15分(休業日を除く)

「苦情解決実施要綱」に基づき、第三者委員を設けています。

【恵泉会苦情解決体制第三者委員】

◎松村 正 (まつむらただし)	TEL ****-**-****
◎千葉ますみ (ちばますみ)	TEL ****-**-****
◎伊藤 浩 (いとうひろし)	TEL ****-**-****

※福祉サービス第三者評価事業について、パルめぐみでは宮城県福祉サービス第三者評価は実施しておりません。但し、法人内第三者委員によるサービス評価は毎年実施しております。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

【当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています】

・所在地…各支援費決定市町村
・電話番号…各市町村の福祉係(障害福祉担当)

【県の窓口】

・宮城県庁社会福祉課	所在地	仙台市青葉区本町3丁目8-1
	電話番号	022(211)2516

【オンブズマン】

福祉サービス利用に関する運営適正化委員会 (市町村と連携しながら苦情対応を行っています) 所在地 仙台市青葉区本町3丁目7-4 宮城県社会福祉会館 電話番号 022(716)9674
--

11. 事業者からの契約解除

利用者又はその家族等から以下のような著しい迷惑行為(カスタマーハラスメント)を受け、利用契約を継続しがたい重大な事情が生じた場合、事業者は、文章で通知することにより利用契約を解除することができます。

(1) 身体的な攻撃

例) 殴る、蹴る、職員の服を破る、物を投げつけるなど

(2) 精神的な攻撃

例) 暴言や脅迫、大声で怒鳴る、職員に何度も嫌がらせをするなど

(3) セクシャルハラスメント

例) 身体的な接触、好意的な態度の要求、性的な話をするなど

(4) 不当な要求

例) 土下座を強いる、過剰なサービスを要求するなど

(5) 継続的・執拗な言動

例) 何度も同じ要求を繰り返す、サービスの質・量について執拗に苦情を言うなど

(6) 拘束的な行動

例) 長時間電話で拘束する、事業所等に居座って退去に応じないなど

12. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「消防計画」により対応します。
消防計画	消防署への届出日：令和7年5月7日 防火管理責任者：サービス管理責任者
避難訓練	利用者も参加の上、実施します。
防災設備	・自動火災報知器（熱・煙感知システム） ・消防機関へ通報する火災報知器 ・簡易型屋内消火栓 ・誘導灯 ・消火器 ・警備会社自動通報システム ・カーテンは防災性能のあるものを使用しています

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

施設内の利用	施設内の設備等のご利用に際し、利用者の過失による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。 また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。
貴重品の管理	利用者の責任において管理していただきます。
宗教・政治・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布教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

障害福祉サービス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。

事業者 宮城県登米市迫町佐沼字江合3丁目16番地2
 社会福祉法人 恵 泉 会
 理事長 松 坂 勝 司 印

施設名 **生活介護事業所 パルめぐみ**

説明者職名 氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から障害福祉サービス提供
及び利用についての重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所

氏 名 印

代理人住所

氏 名 印