

ライフの学校 共生型看護多機能センター 六郷キャンパス
重要事項説明書
(共生型放課後等デイサービス)

当施設は障害福祉サービスの指定を受けています。
(仙台市指定 第0455301408号)

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、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サービス利用希望者に対して説明するものです。

1. 施設経営法人

法人名	社会福祉法人 ライフの学校
法人所在地	宮城県仙台市若林区上飯田字天神1番1
電話番号	022-369-3907
代表者氏名	理事長 田中 伸弥
設立年月日	平成19年2月16日

2. ご利用施設

施設の種類	共生型放課後等デイサービス 令和8年6月1日指定
施設の目的	障害児の生活能力の向上及び社会との交流の推進を図ることができるよう、身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、指導又は訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うことを目的として、ご契約者に共生型放課後等デイサービスを提供します。
施設の名称	ライフの学校 共生型看護多機能センター 六郷キャンパス
施設の住所	宮城県仙台市若林区今泉字門暮126番1
電話/FAX番号	080-9257-7235／022-352-8362
管理者名	管理者 佐藤 由美子
開設年月日	令和8年6月1日
登録定員	18名

＜居室・設備の種類＞

居室・設備の種類	室数	備考
個室(1人部屋)	4室	居室内トイレ有／冷暖房完備
個室(1人部屋)	5室	居室内トイレ無／冷暖房完備
共同生活室	1ヵ所(126.65㎡)	共用

食堂	共同生活室と兼用	共用
浴室	1室	一般浴槽

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

仙台市若林区とするが、仙台市内の他区へのサービス実施については、サービス内容及び、サービス頻度等を考慮して決定するものとします。

(2) 営業日及び営業時間

営業日	365日
学校の終了日	(基本時間) 14:30 ～ 17:00
学校の休校日	(基本時間) 10:00 ～ 16:00

※ 受付・相談については、9:00～18:00です。

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して共生型生活介護及び共生型短期入所サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を厳守しています。

職種	配置状況	指定基準	職務の内容
管理者	1名(常勤・兼務)	1名	事業内容の調整
生活相談支援員	1名以上(常勤・兼務)	1名	サービス内容の調整 計画作成・相談業務
看護職員	5名	2.5名以上	健康管理等の医療業務
管理栄養士	1名以上	必要数	栄養管理等業務
生活支援員	4名以上	利用者3名に対して1名以上	日常生活介護 相談業務

※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事業所における常勤職員の所定勤務時間数

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

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務形態
管理者 生活相談支援員 生活支援員	【早番】 7:00 ～ 16:00 【日勤】 9:00 ～ 18:00 【遅番】 12:45 ～ 21:45 【夜勤】 21:30 ～ 翌7:30 ※その他利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。
看護職員 管理栄養士	【早番】 7:00 ～ 16:00 【日勤】 9:00 ～ 18:00 ※その他利用者の状況に対応した勤務時間を設定します。

5. 緊急時の対応

○ 身体状況急変時

看護師を中心とした緊急体制を整備しております。ご利用者の容態に変化等があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。

○ 災害時

定期的に避難訓練を行い、災害時に備えております。

＜防災管理者＞岡本 雄輔

○ 感染症発症時

感染症対策委員会を設置し、衛生管理、健康管理等の予防対策と発生時の対策を整備し、感染症の発生時に備えております。感染症の発生を確認した場合は早急に感染症拡大を防ぐ対策を講じ、蔓延防止に努めます。

○ 不審者侵入時

不審者の施設内侵入に加え、ご利用者に危害を及ぼさないよう、出入口のセキュリティーシステムの活用、防犯器具の設置等を強化し、施設防犯管理体制を整備しております。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、障害児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、以下の2つの場合があります。

- ・利用料金が障害福祉サービス費から給付される場合(障害福祉サービス費給付対象サービス)
- ・利用料金の全額をご契約者に負担いただく場合(障害福祉サービス費給付非対象サービス)

＜障害福祉サービスの給付の対象となるサービス＞

以下のサービスについては、厚生労働大臣が定める基準により算定された費用の1割をご負担いただきます。

＜サービスの概要＞

①食事

・管理栄養士の立てる献立表により、食事(おやつ)を提供いたします。食事の提供にかかる費用は別途お支払いいただきます。

②入浴

・障害児が身体の清潔を維持し、精神的に快適な生活を営むことができるよう、適切な方法により、障害児に入浴の機会を提供します。

③排泄

・障害児の心身の状況に応じて、排泄の自立について必要な支援を行います。
・おむつを使用せざるを得ない場合については、排泄の自立を図りつつ、そのおむつを適切に取り替えます。

④送迎

・ご希望により、送迎サービスを行います。ただし、通常の実施地域外からご利用の場合は、タクシーやご家族様の送迎をお願い致します。

⑤日常生活訓練、創作的活動

・個別に立てられた「通所支援計画」に則り、生活上必要となる訓練や機会、創作活動等を提供します。

⑥健康管理

・看護職員は、常に障害児の健康の状況に注意するとともに、健康保持のために適切な措置をとります。

< サービス利用料金(1月あたり) >

区分・加算	単位数	要件
基本サービス費(学校の終了日)	430単位／日	
基本サービス費(学校の休校日)	507単位／日	
欠席時対応加算	94単位／回	利用者が急病等により利用を中止した際、連絡調整や相談援助を行った場合に、月に4回まで算定
福祉専門職配置等加算	15単位／日	常勤の児童指導員等のうち、専門の資格保有者が35%以上の場合に算定
共生型サービス体制強化加算(Ⅲ)	78単位／日	保育士または児童指導員を1名以上は配置している場合に算定
入浴支援加算	70単位／日	医療的ケア児、又は重症心身障害児に、入浴支援を行なった場合に算定
福祉・介護職員等処遇改善加算(Ⅰ)イ	19.7%	

< 障害福祉サービス費の給付対象とならないサービス >

ア 食事の提供

ご利用者に提供する食事に要する費用です。

料金 ⇒ 昼食550円／おやつ200円

※低所得者における食材料費の支払いに係る費用は以下のとおりとなります。

材料費 ⇒ 昼食330円／おやつ120円

イ 創作敵活動に係る材料費

実費相当額をいただきます。

ウ 創作敵活動に係る材料費

実費相当額をいただきます。

エ 特別なサービス提供とこれに伴う費用

特別な施設の使用や特別な娯楽の提供等に要する費用を指します。

オ 障害福祉サービス費給付非対象サービスに要する費用

カ その他日常生活において通常必要となるものにかかる費用であって、その利用者が負担することが適当と思われるもの。

キ 複写物の交付

サービス提供についての記録をいつでも閲覧できますが、複写物を必要とする場合には実費をご負担いただきます。(1枚につき10円)

※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か月前までにご説明します。

< 利用料金のお支払方法 >

サービス利用に係る料金・費用は、1ヶ月ごとに計算してご請求しますので、翌月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ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額とします)

○お支払方法

1) 振込によるお支払

< 振込先 >

七十七銀行 沖野支店 普通 5032541 社会福祉法人ライフの学校 理事長 田中 伸弥

※振込にかかる場合の手数料は、ご契約者又はご家族のご負担でお願い致します。

2) 口座振替によるお支払

七十七銀行若しくはその他の銀行 毎月27日振替(※上記同様)

＜利用の中止、変更、追加＞

利用予定日の前に、ご利用者のご都合により、共生型放課後等デイサービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加することができます。この場合には、サービスの実施日前日17:00までに事業所に申し出てください。

7. 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ご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

- ・苦情受け窓口 菅原 涼蔵(生活相談支援員)
- ・苦情解決責任者 佐藤 由美子(管理者)
- ・受付時間

毎週月曜日～金曜日9:00～17:00(祝祭日及び8月13日～16日、12月30日～1月3日を除く)

また、苦情受付ボックスを1階フロアに設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

仙台市健康福祉局障害福祉部 障害福祉サービス指導課	所在地 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 電話番号 022-214-8743 受付時間 9:00～17:00
宮城県国民健康保険団体連合会	所在地 仙台市青葉区上杉1丁目2-3 電話番号 022-222-7700 受付時間 9:00～16:00
宮城県社会福祉協議会『運営適正化委員会』	所在地 仙台市青葉区上杉3丁目3-1 電話番号 022-716-9674 受付時間 9:00～16:30

※その他、お住まいの各区の障害高齢課にご相談ください。

8. 協力医療機関、バックアップ施設

当事業所では、各利用者の主治医との連携を基本としつつ、病状の急変等に備えて以下の医療機関を協力医療機関として連携体制を整備しています。

(1) 協力医療機関

医療機関の名称	社会福祉法人 ライフの学校 ゆとりの医科歯科クリニック
所在地	仙台市宮城野区新田5丁目1-20
電話番号	022-253-6580
診療科	内科外科

医療機関の名称	社会医療法人康陽会 中嶋病院
所在地	仙台市宮城野区大槻15番27号

電話番号	0570-00-5191
診療科	内科・外科・整形外科・形成外科・リハビリテーション科・脳神経外科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関の名称	社会福祉法人 ライフの学校 ゆとりの医科歯科クリニック
所在地	仙台市宮城野区新田5丁目1-20
電話番号	022-253-6580
診療科	歯科

10. サービス利用にあたっての留意事項

- ・事業所内の設備や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 破損等が生じた場合、弁償していただく場合があります。
- ・他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮ください。
- ・所持金品は、自己の責任で管理してください。
- ・事業所内での他の利用者に対する執拗な宗教活動及び政治活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

共生型看護小規模多機能型居宅介護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。

共生型看護小規模多機能型居宅介護
ライフの学校 共生型看護多機能センター 六郷キャンパス

説明者職名 _____ 氏名 _____

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、共生型放課後等デイサービスの提供開始に同意しました。また、主治医及び福祉サービス事業者、行政機関等からサービスの内容について情報提供を求められた場合は、その情報提供について同意します。

契約者住所 _____

契約者氏名 _____

身元保証人住所 _____

身元保証人氏名 _____

身元保証人連絡先 _____

契約者との続柄 _____

身元保証人住所 _____

身元保証人氏名 _____

身元保証人連絡先 _____

契約者との続柄 _____

「個人情報の使用等に係る説明書」

以下に定める条件のとおり、指定看護小規模多機能型居宅介護「ライフの学校 共生型看護多機能センター 六郷キャンパス」は、利用者ご本人及び身元保証人、ご家族の個人情報を下記の利用目的の必要最低限の範囲内で使用、提供、または収集することをお約束いたします。

1. 利用期間

サービス提供に必要な期間及び契約期間に準じます。

2. 利用目的

- ① 障害福祉サービスにおける障害支援区分の更新、変更のため。
- ② 利用者に関わる通所支援計画書を立案し、円滑にサービスが提供されるために実施するサービス担当者会議での情報提供のため。
- ③ 医療機関、自治体(保険者)、福祉サービス事業者、その他社会福祉団体等との連絡調整のため。
- ④ 利用者が、医療サービスを希望している場合及び主治医の意見を求める必要のある場合。
- ⑤ 利用者の利用する事業所内のカンファレンスのため。
- ⑥ 行政からの要請などに応える場合。
- ⑦ その他サービス提供で必要な場合。
- ⑧ 上記各号に関わらず、緊急を要する時の連絡等の場合。

3. 使用条件

- ① 個人情報の提供は必要最低限とし、サービス提供に関わる目的以外には決して利用しない。また、利用者とのサービス利用に関わる契約の締結前からサービス終了後においても、第三者に漏らさない。
- ② 個人情報を使用した会議の内容や相手方などについて経過を記録し、請求があれば開示する。

4. 肖像権及び施設内におけるボランティア・実習生との交流

- ① 施設においてはその性格上、他の利用者やそのご家族、見学者、施設管理に関する業者等の施設への出入りがあります。
- ② 当法人では、広報誌・ホームページにて、ご利用者の皆様のご日常の様子を関係方面にお知らせしております。その場合、ご利用者のお写真を掲載させていただく場合があります。
- ③ 当法人では、各種資格取得を目指す学生等の実習を行う場として施設を提供しております。この実習生への情報提供及び実習生による支援を提供する場合があります。

令和 年 月 日

共生型看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき個人情報使用に係る説明を行いました。

共生型看護小規模多機能型居宅介護
ライフの学校 共生型看護多機能センター 六郷キャンパス

説明者職名 _____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から個人情報保護に係る説明を受け、より良いサービス実施のため、サービス担当者会議等でご契約者並びにご家族の情報をを用いるほか、医療機関・福祉サービス事業者等への情報の提供を含め、共生型看護小規模多機能型居宅介護サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所 _____

契約者氏名 _____

身元保証人住所 _____

身元保証人氏名 _____

身元保証人連絡先 _____

契約者との続柄 _____

身元保証人住所 _____

身元保証人氏名 _____

身元保証人連絡先 _____

契約者との続柄 _____