

指定障害者支援施設一心療護園

サービス重要事項説明書

この重要事項説明書は社会福祉法人一心福祉会が運営する指定障害者支援施設において提供する施設入所支援ならびに施設障害福祉サービス（生活介護事業）について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条及び第77条並びに障害者自立支援法に基づく指定障害者支援施設の人員、設備及び運営に関する基準に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人一心福祉会
所 在 地	沖縄県国頭郡大宜味村字津波1971番地761
電 話 番 号	0980-44-2234
代表者氏名	理事長 山城 豊
設 立 年 月	昭和56年12月25日

2. 利用施設

事業所の種類	指定障害者支援施設(生活介護事業・施設入所支援事業) 事業所番号(4711710048)
事業所の名称	指定障害者支援施設一心療護園
事業所の所在地	沖縄県国頭郡大宜味村字津波1971番地761
連 絡 先	TEL 0980-44-2234 FAX 0980-44-2633
管 理 者 (施設長)	山城 豊
サービス管理責任者	東恩納 隆行
日中実施サービスの通常の実施地域	大宜味村・東村・国頭村
定 員	施設入所支援 50名 生活介護 50名
開設年月日	昭和57年4月1日

3. サービスの目的・運営方針

目 的	施設入所支援及び生活介護の対象者に対し、日中活動と合わせて、夜間等における入浴、排泄又は食事の介護等を提供することを目的として、指定障害者支援施設において、必要な介護、支援をする。
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施設入所支援及び施設障害福祉サービスの提供。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	構 造	鉄骨造合金メッキ鋼板葺平家建
	敷地面積	9,139.00 m ²
	延べ床面積	3,012.10 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備 考
居 室(個室)	27室	314.55 m ²
予備室(個室)	1室	11.65 m ²
居 室(2名部屋)	13室	296.4 m ²
予備室(2名部屋)	1室	22.66 m ²
居室(短期入所)	1室	22.80 m ²
医務室	1室	10.50 m ²
静養室	1室	10.50 m ²
理容室	1室	9.45 m ²
食堂・多目的室	1室	248.67 m ²
便 所	8室	210.0 m ²
相談室	1室	9.60 m ²
ダイルーム	1室	45.60 m ²
廊下幅	居室側廊下	3m

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設置状況

【施設入所支援】

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名	1名					
サービス管理責任者	1名	1名					
看護師	8名	6名	1名	1名			
生活支援員	28名	24名	1名	3名			
栄養士	1名	1名					
調理員	5名	4名		1名			

【生活介護】

職 種	員数	常 勤		非常勤		常勤換算	備 考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1名	1名				1名	
サービス管理責任者	1名	1名				1名	
医 師	2名			2名			
看護師	8名	6名	1名	1名		6.7名	
理学療法士	1名	1名				1名	
生活支援員	28名	24名	1名	3名		26.4名	
調理員	5名	4名		1名		4.4名	

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。

※ 常勤換算とは・・・

職員それぞれの週あたりの勤務延べ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40時間）で除した数です。

(7) 各職種の勤務体系

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30)
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30)
医 師	第1・3水曜日 10:30～11:30 第2・4土曜日 10:30～11:30
看護師	正規の勤務時間帯 早番 (8:30～17:30) 普通 (9:00～18:00) 遅番 (10:30～19:30) 夜勤 (19:30～9:30) 早夜勤 (16:30～9:30)
理学療法士	正規の勤務時間帯 (8:30～17:30)
生活支援員	正規の勤務時間帯 早番 (7:00～16:00) 普通 (9:30～18:30) 遅番 (11:00～20:00) 夜勤 (19:30～9:30) 早夜勤 (16:30～9:30)

6. サービスごとの営業日等

【施設入所支援】

営業日及び営業時間	営業日：年中無休 営業時間：午後5時～翌日午前9時
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：年中無休 サービス提供時間：午後5時～翌日午前9時
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者(18歳未満の者を除く)

【生活介護】

営業日及び営業時間	営業日：月曜日～金曜日 但し国民の祝日及び12月31日から1月3日は除く。又、管理者が認める日においては祝日及び土日は営業する。 営業時間：午前9時～午後5時
サービス提供日及びサービス提供時間	サービス提供日：月曜日～金曜日 但し国民の祝日及び12月31日から1月3日は除く。又、管理者が認める日においては祝日及び土日は営業する。サービス提供時間：午前9時～午後5時
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者(18歳未満の者を除く)

7. サービス提供の内容

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容

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。
訓練	・身体の機能、生活能力の維持向上のための日常生活能力等を向上するための訓練を行います。
排泄	適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。
介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。 ① 入浴 週2回(但し、必要に応じて適切に対応します。) ② 起床・消灯 起床時間6:30 消灯時間22:00 ③ 着脱衣 必要に応じて介助、確認します。 ④ 整容 毎食後の歯磨き援助、介助、確認。洗面の援助、介助、確認等個性を尊重した適切な整容を援助します。生活のリズムを整えるような支援をします。

健康管理	日常生活上必要なバイタルチェック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。
創作的活動	創作的活動の機会を提供します。

(2) 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
食事サービス	食事時間 朝食 8:00～ 昼食 12:00～ 夕食 17:30～ ※ 低所得者の軽減措置が適用される方は食 材料費分のみの負担	朝食 308円 (食材費 155円) 昼食 650円 (食材費 330円) 夕食 620円 (食材費 315円)
光熱水費	使用量に関わらず、1ヶ月	10,000円
創作的活動・及 びクラブ活動等	創作的活動及びクラブ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	実費
社会生活上の便宜の 供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	実費
金銭管理	預り金等管理サービス（定期毎週水曜日）	1,000円
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス提供記録等の複写代 ・証明書諸書類の発行代 ・その他 	実費

<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。

8. 利用料金

(1) 介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容の料金

介護給付費・訓練等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出した額）のうち9割が介護給付費・訓練等給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費・訓練等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、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いただきます。（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ください。

(2) 介護給付費・訓練等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)介護給付費・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。

(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3日前までに当事業所までお申し出ください。

なお、サービス利用日の3日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（食事の実費相当額）1日あたり	1,578円
-----------------------	--------

(4) 利用料金のお支払方法

前記(1)(2)の料金は1ヶ月ごとに計算し、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下さい。

(ア) 当事業所窓口での現金支払い

(イ) 下記指定口座への振込み

沖縄銀行 名護支店 普通預金 1145843

障害者支援施設一心療護園 施設長 山城 豊

(ウ) 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：沖縄銀行

9. 利用者の記録及び情報の管理等

- (1) 利用者へのサービス向上に関する事業所におけるサービス会議や他の事業所との連絡調整及び緊急時における病院等への連絡などにおいて情報提供が必要となる場合があるため、それらについては別紙個人情報使用同意書に基づき対応いたします。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、複写ができる窓口業務時間は、午前9:00～午後5:00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、市町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。

10. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに身元保証人や医療機関への連絡等を行います。

事業所のかかりつけ医療機関	医療機関名：東村立診療所 主治医：医師 宮城 辰志 内間 恭堅 所在地：沖縄県国頭郡東村字平良 804 番地 電話番号：0980-51-2200
緊急連絡先①	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

11. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名 あいおい損害保険株式会社
- (2) 損害保険の種類 介護保険・社会福祉事業者総合保険
- (3) 損害保険の内容
 - ① 死亡保険金 3,000,000円
 - ② 後遺症保険金 120,000～3,000,000円

12. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・窓口担当者 支援係長 宜野座 竜二 サービス管理責任者 東恩納 隆行 ・解決責任者 施設長 山城 豊 ・ご利用時間 9:00～17:00 (土・日・祝祭日・旧盆・年末年始を除く) ・TEL 0980-44-2234 FAX 0980-44-2633 ・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。 	
	一心福祉会 第三者委員	前田 悠嗣 電話番号 080-1724-4945 大宜味村社会福祉協議会事務局長
福永 政也 電話番号 090-3793-2009 東村議会議員		

大宜味村役場 住民福祉課	・所在地：沖縄県国頭郡大宜味村字大兼久157 ・電話番号：0980-44-3003
東村役場 福祉保健課	・所在地：沖縄県国頭郡東村字平良804 ・電話番号：0980-43-2202
国頭村役場 福祉課	・所在地：沖縄県国頭郡国頭村字辺土名121 ・電話番号：0980-41-2101
沖縄県 運営適正化委員会	・所在地：沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1 ・電話番号：098-882-5704

(2) 虐待防止に関する相談窓口

虐待防止に関する 相談窓口	・窓口担当者	虐待防止委員長 宜野座 竜二
		虐待防止委員 東恩納 隆行
	・ご利用時間	9:00～ 17:00
	・TEL	0980-44-2234
	FAX	0980-44-2633

13. 協力医療機関

医療機関の名称	北部地区医師会病院		
医院長名	諸喜田 林		
所在地	沖縄県名護市宇茂佐1712番地の3		
電話番号	0980-54-1111		
診療科	総合科目	入院設備	有

医療機関の名称	東村立診療所		
医院長名	宮城 辰志		
嘱託医管理者	内間 恭堅		
所在地	沖縄県国頭郡東村字平良804番地		
電話番号	0980-51-2200		
診療科	内科	入院設備	無

医療機関の名称	大宜味村立診療所		
医院長名	金城 英興		
所在地	沖縄県大宜味村字塩屋1306-62		
電話番号	0980-50-5450		
診療科	内科	入院設備	無

14. 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	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知機 有 ・ガス漏れ報知機 有 ・非常用電源 有 ・室内防火栓 有 ・誘導灯 有 ・非常通報装置 有 ・スプリンクラー 有 <p>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</p> <p>・震災に備えての備蓄（食料・1日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）</p>
消防計画	<p>消防署への届出日： 令和7年4月</p> <p>防火管理者： 支援係長 宜野座 竜二</p>
保険加入	<p>事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。</p> <p>加入保険会社名：(株)あいおい損保保険</p> <p>加入保険内容：総合賠償責任保険</p>

15. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

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ご利用ください。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。
喫煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできな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。

令和 年 月 日

指定障害者支援施設の利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名：障害者支援施設一心療護園

説明者職名： 氏 名

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者支援施設の利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

令和 年 月 日

利用者 住 所
氏 名 印

身元保証人 住 所
氏 名 印
続 柄 (利用者との関係)
電 話

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

署名代筆者 住 所
氏 名 印
続 柄 (利用者との関係)