

## 「生活介護事業重要事項説明書」

この重要事項説明書は社会福祉法人新栄会が運営する指定障害者福祉サービス支援事業において提供する指定障害者福祉サービス（指定生活介護事業、）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（障害者総合支援法）」（平成17年法律第123号。以下「法」という。）、「沖縄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」（平成25年沖縄県条例第29号）及び「沖縄県障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成25年沖縄県条例第31号）に基づく指定障害福祉サービス事業所の人員、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 新栄会
所在地	沖縄県沖縄市山内1丁目11番15号
電話番号	098-933-8810
代表者氏名	理事長 伊 佐 真 栄
設立年月	平成9年3月2日

### 2. 利用施設

事業所の種類	就労継続支援B型、生活介護 事業所番号（4710800410）
事業所の名称	自立プラザ希織
事業所の所在地 連絡先	<div> ・就労継続支援B型  沖縄県沖縄市山内1丁目11番15号  電話番号：098-933-8810  ファックス：098-933-8828 </div> <div> ・生活介護  沖縄県沖縄市越來1丁目1番37号  電話番号：098-933-8810  ファックス：098-933-8828 </div>
管 理 者	伊佐 真栄
サービス管理責任者	知花 務
通常の事業の実施地域	沖縄市、宜野湾市、北谷町、中城村、北中城村、金武町、うるま市 宜野座村、恩納村、読谷村、嘉手納町
主たる対象者	知的障害者、（18歳未満の者を除く） 身体障害者、（18歳未満の者を除く） 精神障害者、（18歳未満の者を除く） ※但し、基準省令の解釈の主旨から生活介護については原則として 本会グループホーム「かふ～越來（みらい）」利用者は対象者とならない ものとする。
定員	就労継続支援B型事業      34名 生活介護事業                6名
開設年月日	平成19年4月1日指定

### 3. サービスの目的・運営方針

目 的	生活介護の対象者に対し、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支援するため、事業所通所により給食、介護サービスや訓練、創作活動、生産活動等を行い、心のリフレッシュを図る共に自らの精神的パワーを向上できるための支援を行います。
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決めの細かな障害福祉サービス（生活介護事業）の提供。

### 4. 施 設（生活介護事業）

建物	構 造	鉄筋コンクリート造 4階建 （2階部分） （耐火建築物）（耐震構造）
	敷地面積	3 8 5 . 1 6 m <sup>2</sup>
	延べ床面積	1 1 5 8 . 8 8 m <sup>2</sup> 2階部分 床面積 2 9 1 . 5 4 m <sup>2</sup>

※但し、基準省令の解釈の趣旨から生活介護については原則として、本会グループホーム「かふ〜越来（みらい）」利用者は対象者とならないものとする。

#### 主な設備

設備の種類	部屋数	面積等
訓練室	1 室	55.35 m <sup>2</sup> （応接セット等）有
作業室	1 室	73.96 m <sup>2</sup>
相談室	1 室	7.23 m <sup>2</sup>
洗面設備・便所	3 箇所	男子 12.98 m <sup>2</sup> （更衣室込） 女子 10.16 m <sup>2</sup> （更衣室別 3.51 m <sup>2</sup> ） 24.61 m <sup>2</sup>

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

#### 【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		1			1	
サービス管理責任者	1		1			1	
看護師	1			1		0.6	
生活支援員	2	1	1			1.5	
機能訓練指導員	1		1			0.5	

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

(ア) 各職種の勤務体系【生活介護】

職 種	勤務体系
管理者	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後5時30分）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後5時30分）
看護師	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後5時30分） 週3日
生活支援員	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後5時30分） 及び （午前8時00分～午後5時00分）
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（午前8時30分～午後5時30分） 及び （午前8時00分～午後5時00分）

(イ) 【生活介護】 営業日及び営業時間、サービス提供日及びサービス提供時間

営業日及び営業時間	営業日：月曜日～金曜日（国民の祝日、慰霊の日、12月29日から1月3日までを除く）但し、管理者が必要と認めた日は、通常通りの生活介護事業を行う。 営業時間：午前8時30分～午後5時30分
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（国民の祝日、慰霊の日、12月29日から1月3日までを除く）但し、管理者が必要と認めた日は、通常通りの生活介護事業を行う。 サービス提供時間：午前9時30分～午後4時
主たる対象者	（1）身体障害者（18歳未満の者を除く） （2）知的障害者（18歳未満の者を除く） （3）精神障害者（18歳未満の者を除く）

6. サービス提供の内容

(1) 介護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	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。（日常生活訓練・社会適応訓練等）
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。
事業所外支援	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、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
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。 ①創作的活動（編み物、干支の飾り物制作等） ②福祉まつりや地域まつり等での展示即売会での発表 ③文化芸能活動

生産活動	<p>軽作業等の生産活動の機会を提供します。</p> <p>①はがき作成</p> <p>②土産品の袋詰め作業等</p> <p>③農産物の加工</p>
------	--

#### （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。

#### （送迎サービス）

希望により、車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。

### （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
食事サービス	<p>希望により食事の提供をします。</p> <p>食事時間 12時から1時</p> <p>※低所得者の軽減措置が適用される方は食材料料費分のみの負担</p>	<p>1食：570円</p> <p>※食材料費 (270円)</p>
創作的活動・及び生産活動等	創作的活動及び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いただきます。	実 費
日常生活上必要となる諸経費	<p>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係る費用をいただきます。</p> <p>①日用品費 ②保健衛生費 ③教養娯楽費</p>	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
その他	<p>・ サービス提供記録等の複写代</p> <p>・ 証明書諸書類の発行代</p> <p>・ その他</p>	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。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。

## 7. 利用料金

### （１）ア 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、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、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）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業者にお支払いただきます。なお、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。

#### イ 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）介護給付費対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

#### （2） 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。尚、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（サービスの実費相当額）1日あたり	6,000 円
-------------------------	---------

#### （3） 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10日までに送付しますので、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。

##### <利用料金のお支払方法>

##### ①当事業所窓口での現金支払い

##### ②下記指定口座への振込み

銀 行 名：沖縄銀行 諸見支店 普通預金  
口 座 番 号：1474350  
名 義 人：社会福祉法人 新栄会 理事長

##### ③指定口座へのお振込み（手数料は利用者負担）

##### ④金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：琉球銀行、沖縄銀行、沖縄海邦銀行、コザ信用金庫

#### 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、複写ができる窓口業務時間は、午前9時～午後5時30分です。

- （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

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。

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	住所： 電話番号： 氏名： 続柄：

## 10. 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 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社、  
介護保険・社会福祉事業者総合保険
- (2) 損害保険の種類 賠償責任保険
- (3) 損害保険の内容
  - ① 対人事故補償 1名3億円/1事故・期間中20億円
  - ② 対物事故補償 1事故・期間中2,000万円

## 11. 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

当事業所 ご利用相談窓口	・窓口担当者 我喜屋みのり ・解決責任者 伊佐真栄 ・ご利用時間 午前9時～ 午後5時30分 (土・日・祝祭日・旧正月・旧盆・年始を除く) ・電話番号 098-933-8810 F A X 098-933-8828 ・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。	
新栄会 第三者委員	照屋 静江	電話番号 098-932-6591
	島袋 富士江	電話番号 098-933-7097
沖縄市役所 障がい福祉課	・所在地：沖縄県沖縄市仲宗根26-1 ・電話番号：098-939-1212	
うるま市役所 障がい福祉課	・所在地：沖縄県うるま市みどり町1丁目1番1号 ・電話番号：098-973-5452	
宜野湾市 障がい福祉課	・所在地：沖縄県宜野湾市野嵩1丁目1番1号 ・電話番号：098-893-4411	

読谷村役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県中頭郡読谷村字座喜味 2 9 0 1 番地 ・電話番号：0 9 8－9 8 2－9 2 0 9
嘉手納町役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県中頭郡嘉手納町嘉手納 5 8 8 番地 ・電話番号：0 9 8－9 5 6－1 1 1 1
北谷町役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県中頭郡北谷町字桑江 2 6 6 番地 ・電話番号：0 9 8－9 3 6－1 2 3 4
金武町役場 健康福祉課	・所在地：沖縄県国頭郡金武字金武 1 番地 ・電話番号：0 9 8－9 6 8－3 5 5 9
恩納村役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県国頭郡恩納村字恩納 2 4 5 1 番地 ・電話番号：0 9 8－9 6 6－1 2 0 0
宜野座村役場 健康福祉課	・所在地：沖縄県国頭郡宜野座村字宜野座 2 9 6 番地 ・電話番号：0 9 8－9 6 8－3 2 5 3
北中城村役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県中頭郡北中城村字喜舎場 4 2 6－2 ・電話番号：0 9 8－9 3 5－2 2 3 3
中城村役場 福 祉 課	・所在地：沖縄県中頭郡中城村字当間 1 7 6 番地 ・電話番号：0 9 8－8 9 5－2 1 3 1
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四丁目 3 7 8 番地の 1 ・電話番号：0 9 8－8 8 2－5 7 0 4

## (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	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者 我喜屋みのり</li> <li>・ご利用時間 午前 9 時～午後 5 時</li> <li>・電話番号 0 9 8－9 3 3－8 8 1 0</li> <li>・F A X 0 9 8－9 3 3－8 8 2 8</li> </ul>
------------------	--

## 12. 協力医療機関

医療機関の名称	北城整形外科		
医 院 長 名	北城武司		
所 在 地	沖縄市山内 2 丁目 2 5 番地 4 1 号		
電 話 番 号	0 9 8－9 3 0－7 7 7 7		
診 療 科	整形外科	入 院 設 備	無し

医療機関の名称	安立医院		
医 院 長 名	安里 公		
所 在 地	沖縄市山内 1 丁目 7 番 5 号		
電 話 番 号	0 9 8－9 3 3－6 2 0 0		
診 療 科	内科	入 院 設 備	無し

### 13. 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1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"> <li>・自動火災報知機 有</li> <li>・誘導灯 有</li> <li>・ガス漏れ報知機 有</li> <li>・非常通報装置 有</li> <li>・非常用電源 有</li> <li>・スプリンクラー 無</li> <li>・室内防火栓 無</li> <li>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</li> <li>(その他・携帯ラジオ・懐中電灯等)</li> </ul>
消防計画	消防署への届出日：平成27年10月 防火管理者：伊佐 真栄
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：あいおいニッセイ同和損害保険株式会社、 社会福祉事業者総合保険 加入保険内容：賠償責任保険

### 14. 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。

### 15. 虐待の防止について

利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(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	(役職) 施設長 (氏名) 伊佐真栄
-------------	--------------------

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

(5) 虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討などを行います。



## 16. 身体拘束等の適正化について

身体拘束等の適正化を図るために、下記の対策を講じます。

- (1) 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を設置します。
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針を整備します。
- (3) 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施します。

令和 年 月 日

指定生活介護事業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。

事業所名：自立プラザ希織

説明者職名： 氏名

私は、本書面に基づいて事業者から指定生活介護事業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
	電 話	

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)	