

重要事項説明書

(日中一時支援利用契約)

◆◆ 目 次 ◆◆

1	利用施設	1
2	サービスの提供地域（送迎の実施地域）	1
3	事業所の概要	1
	（1）居住スペース	1
	ア 居 室	1
	イ 居室以外	2
	（2）居住スペース以外の主な設備	2
4	職員の配置状況	2
	（1）職員数	2
	（2）主な職種の勤務体制	2
5	提供サービスの概要と利用料金	3
	（1）地域生活支援サービス	3
	ア 日常生活支援	4
	イ 健康管理及び受診の支援	4
	ウ 社会生活支援	4
	エ その他	4
	（2）地域生活支援外サービス	4
	（3）利用料金の支払方法	5
6	苦情の受付について	6
7	利用者の人権の擁護について	6
8	オンブズパーソン	6
9	第三者評価	6
10	利用者の記録及び情報の管理	6
11	非常災害時の対策	7

この重要事項説明書は、神奈川県立中井やまゆり園（以下、「当事業所」という。）へ、日中一時支援の利用契約を申し込まれた方に対し、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サービスの内容等について説明し交付するものです。

なお、以下に記す「利用者」とは、日中一時支援を利用する方又は児童をいいます。

1 利用施設

名 称	神奈川県立中井やまゆり園		
所 在 地	神奈川県足柄上郡中井町境 218		
施 設 長 (管 理 者)	井上 一 (いのうえ はじめ)		
事 業 の 種 類	日中一時支援		
電 話 番 号	0465-81-0288	ファックス	0465-81-3703
電 子 メ ー ル	nakaya.1356.tiikisien@pref.kanagawa.jp		
ホームページ	http://www.pref.kanagawa.jp/docs/a4b/cnt/f5889/		
目 的	利用者の福祉を図ることを目的として、援助と必要な保護を行う。		
運 営 方 針	神奈川県立中井やまゆり園日中一時支援事業運営規程第 2 条のとおり		
開 設 年 月 日	昭和 47 年 4 月 1 日		
利 用 定 員	短期入所事業の 18 名の定員の中で実施します。		
設 置 者	神奈川県 知事 神奈川県横浜市中区日本大通 1 045-210-1111 (代)		
併 設 施 設	神奈川県立中井やまゆり園 (障害者支援施設) 令和 2 年 4 月 1 日指定 事業所番号 1411400011 入所定員 122 名		

2 日中一時支援の提供地域

原則として、利用契約を締結した市町に居住する方を対象とします。
送迎は行いません。

3 事業所の概要

(1) 居住スペース

ア 居 室

	室 数	備 考
個 室	69	(5 室×2 ホーム) ×6 寮 + (4 室×2 ホーム+1 室) ×1 寮
2 人 部 屋	36	3 室×2 ホーム×6 寮
合 計	105	

イ 居室以外

	室 数	備 考
食 堂	7	1 室×7 寮
デ イ ル ー ム	14	1 室×2 ホール×7 寮
ト イ レ	14	同上
洗 面 所	14	同上
浴 室	7	1 室×7 寮
静 養 室	6	1 室×6 寮

(2) 居住スペース以外の主な設備

		数	備 考
医 療 棟 神奈川県立中井 やまゆり園診療所	診 察 室	3 室	内科・精神科診察室、歯科室
	処 置 室	1	
	薬 局	1	
	静 養 室	1	
地域サービス棟	地域サービス室	1	
	相 談 室	1	
	心 理 室	2	
	フ ォ レ イ ル ー ム	1	
	特 殊 浴 室	1	
	理 容 室	1	
	ト イ レ	3	
	作 業 室	3	
作 業 棟	機 能 訓 練 室	1	
	作 業 室	3	
	ト イ レ	5	
講 堂		1 棟	
自活訓練棟		1	個室4室、トイレ1、浴室1、洗面所1、リビング1、キッチン1
運 動 場		1 箇所	

4 職員の配置状況

(1) 職員数

短期入所サービスの利用定員と併設本体施設の入所定員を合算した定員数に対して必要な職員数を配置しています。

(令和7年4月1日現在)

職 種	常勤 (週 38.75 時間)	非常勤 (左記以外)
園 (管 理 者) 長	1	
副 園 長	2	

生活支援部長 (副園長兼務)	(1)	
サービス管理責任者	9	
生活支援員	102	26
ケースワーカー	2	
心理職	2	
医師・歯科医師		6
看護師	4	2
歯科衛生士		1
管理栄養士・栄養士	1	2
調理員	8	3
管理事務職員	6	2
その他	7	3

*

(2) 主な職種の勤務体制

職 種	勤務体制	職 種	勤務体制
園 長 (管 理 者) 副 園 長 生活支援部長 管理栄養士 管理課職員	日勤 8:30～17:15	医 師	内科 精神科 歯科 整形外科 皮膚科 診療日 月～金
		看 護 師	早番 7:30～16:15 日勤 8:30～17:15 遅番 10:30～19:15
		調 理 員	早番 6:00～14:45 遅番 10:45～19:30
生活支援員	早番 6:30～15:15 日勤 8:30～17:15 遅番 12:15～21:00 夜勤 17:45～翌6:45	警 備 員	日勤 8:30～17:15 宿直 17:15～翌8:30

* 日中一時支援の利用日の協議等につきましては、8:30～17:15 の時間内をお願いします。(月～金曜日に限る。ただし、国民の休日及び年末年始は除く。)

5 提供サービスと利用料金

提供サービスと利用料金の関係は次表のとおりです。

提供サービスの種類	内容	利用料金
(1) 地域生活支援サービス	次の(1)に記載のとおり	市町村の定めた施設利用者負担額
(2) 地域生活支援外サービス	食費等	知事が定める額

(1) 地域生活支援サービス

次のサービスについては、地域生活支援サービス費が支給されます。市町村が定めた利用者負担額を支払ってください。なお、法定代理受領（地域生活支援サービス費の額を、事業所が市町村から代理して受領すること）を行わない場合は、地域生活支援サービス費相当額を併せて支払ってください。

ア 日常生活支援

入 浴	必要に応じ、入浴、シャワー浴、足浴又は清拭を行います。
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します。また、排泄が未自立な利用者については、自立に向けた支援を行います。
整 容	個性と好みを尊重し、身だしなみを整えます。また、季節・気候に合わせて適切に衣類を調節します。

イ 健康管理及び受診の支援

健 康 管 理	医師、看護師及び生活支援員が協力して利用者の健康管理、疾病の予防を行います。
受 診 の 支 援	<p>応急的に医療を要する場合には、当事業所内の診療所への受診を支援します。また、必要に応じて事業所外の医療機関への通院を支援します（ただし、遠隔地は除きます）。</p> <p>〈当施設に併設する医療機関〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神奈川県立中井やまゆり園診療所 〔診療科目〕 内科、精神科、整形外科、皮膚科、歯科 〔診療日〕 月～金 <p>〈協力医療機関〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 神奈川県立足柄上病院（足柄上郡松田町松田惣領 866-1） <p>※ 上記以外の医療機関への通院も必要に応じて支援します。傷病の状態に適した診療科目、利用者の意向、利便性等を総合的に判断して適切な医療機関を選定します。</p>

ウ 社会生活支援

日 中 活 動	室内作業、園内外での歩行、機能訓練、リラクゼーション等を状況に応じて支援をします。
余 暇 活 動	個々の状況や希望に沿ったレクリエーション等の提供に努めます。

エ その他

地域生活支援事業支給申請の援助	地域生活支援事業の支給期間の終了に伴う支給申請について、必要な援助を行います。
相談及び援助	利用者又は家族からの相談に懇切丁寧に対応し、必要な助言その他の援助を行います。
記 録 の 整 備	上記日中一時支援の提供に関する諸記録を整備し、日中一時支援を提供した日から5年間保存します。なお、利用者は、神奈川県個人情報の保護に関する法律施行条例（令和4年12月23日神奈川県条例第63号）の規定により、自己情報の開示を請求することができます。

（2）地域生活支援外サービス

ア 利用者の希望により、日中一時支援の利用期間中に以下の食事サービスを提供します。食事サービスの利用にあたっては、ウに記載の利用料金を支払ってください。

食 事	<ul style="list-style-type: none"> ○ 利用者の身体の状態及び嗜好に考慮して献立、調理します。 ○ 選択メニュー等さまざまな工夫により、利用者の希望に沿った食事の提供に努めます。 ○ 食事時間（次の時間帯で個々の状況に応じて召し上がっていただきます。） <ul style="list-style-type: none"> 朝食 8：00～ 9：00 昼食 12：00～13：00 夕食 18：00～19：00
-----	---

イ 嗜好品、趣味の物品、私物のクリーニング代、理美容代等については利用者が購入又は支払いをしてください。また、特別な日用品など、当園が利用者に提供するサービスの標準を超えた費用についても、利用者が購入をしてください。なお、購入や支払いのお手伝いは行いますので、職員に相談してください。

ウ 利用料金

種類	金額	※減免がある場合
朝食（1食あたり）	405円	273円
昼食（1食あたり）	514円	382円
夕食（1食あたり）	571円	437円
嗜好品、趣味の物品、私物のクリーニング代、理美容代、特別な日用品など	実費	

※減免がある場合

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施行令第17条第1項第2号から第4号に該当する者又は利用者及び当該利用者と同一の世帯に属する者の地方税法の規定による市町村民税を合算した額が16万円未満である者のうち、昼間実施サービスのみを利用する利用者及び短期入所利用者に係る利用者食の給食費

（3）利用料金の支払方法

利用料金は、原則、利用月の翌々月に請求します。利用者は、請求額を、指定する期限までに支払ってください。ただし、月の初日又は途中で退所した場合等については、当該月中に利用料金を請求する場合があります。

請求は納入通知書により通知しますので、神奈川県内の指定する金融機関で納付してください。

◎ 納付できる金融機関は次のとおりです。

神奈川県内に本支店のある

○銀行（ゆうちょ銀行を除く）、信託銀行、信用金庫、信用組合

○神奈川県内の農業協同組合

○中央労働金庫
神奈川県信用農業協同組合連合会

（全国の店舗で納付できますが、金融機関の事情により、一部納付できない店舗もございます。）

なお、利用料金の支払いを3か月以上遅延し、督促によっても支払わない場合、この契約を解除すること、または今後の日中一時支援の利用をお断りすることがあります。

6 苦情の受付について

当事業所が提供した施設サービスに関する苦情は、次の窓口に応じることができます。

事業所内の苦情受付	苦情受付	苦情受付担当者 生活支援部長 鈴木 千秋（すずき ちあき） ※ 苦情解決責任者は、園長です。 ※ 寮職員等へ申し出ることもできます。
	第三者委員	柴田 和生（しばた かずお） 様 社会福祉法人 県西福社会 理事長 電話 0465-73-5540 宮永 耕（みやなが こう） 様 東海大学 総合教育センター 電話 0463-58-1211（代表） メールアドレス k-myng@tokai.ac.jp ※ 園内に苦情受付ポストも設置しています。
かながわ福祉サービス運営適正化委員会		（電話）045-311-8861 （FAX）045-312-6302 （メールアドレス）tekisei@knsyk.jp

7 利用者の人権の擁護について

施設は、利用者の権利擁護、虐待防止等を推進するため、次の措置を講じます。

- （1）園長を虐待の防止に関する責任者とする。
- （2）職員に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

8 オンブズパーソン

当事業所は、利用者や家族の相談に適切に応じるため、オンブズパーソン制度を導入しています。オンブズパーソンは、必要に応じて事業所に対して、改善勧告や提言を行います。オンブズパーソンへ相談したい場合は、職員へ申し出てください。また、電話や手紙でも相談できます。

オンブズパーソンの組織	KW ネットワーク
オンブズパーソン氏名	橋田 直美（きた なおみ） 様 坂井 房江（さかい ふさえ） 様
オンブズパーソン来園日	園内に掲示
連絡先（オンブズパーソン事務局）	社会福祉法人 宝安寺社会事業部 ほうあん第一しおん 電話 0465-29-0146

9 第三者評価

当事業所は、事業の透明性を確保し、サービスの質の向上を図るため、第三者評価を受審しています。

直近の受審年月日	平成29年9月～平成30年2月
評価機関名	株式会社 ケアシステムズ
評価結果の開示状況	園内に掲示、神奈川県社会福祉協議会のホームページに掲載

1 0 利用者の記録及び情報の管理

- (1) 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応をします。但し、関係機関等から情報提供を要請された場合は、利用者の同意（別紙「個人情報の第三者提供に関する同意書」）に基づき情報提供を致します。
- (2) 原則、本人又は代理人若しくは代行人（家族等）の同意を得ずに第三者に提供することはありません。

1 1 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「中井やまゆり園消防計画」により対応します。			
平常時の訓練	別途定める「中井やまゆり園消防計画」により避難、防災訓練を実施します。			
防火設備	・自動火災報知機	あり	・スプリンクラー設備	あり
	・誘導等	あり	・ガス漏れ警報機	あり
	・非常通報装置	あり	・非常用電源	あり
	・防火扉	あり	・居室カーテンは防炎性のものを使用	

当事業所の概要や提供サービスの内容、その他重要事項について、この書面にに基づき説明しました。

令和 年 月 日

事 業 者 住 所 神奈川県足柄上郡中井町境 218
 名 称 神奈川県立中井やまゆり園
 説 明 者 サービス管理責任者 ()

私は、当事業所の概要や提供サービスの内容、その他重要事項について、この書面にに基づき説明を受けました。

令和 年 月 日

利 用 者 住 所
 氏 名
 成年後見人等 住 所
 (家族等) 氏 名