

第一野の花学園 サービス内容説明書

社会福祉法人 野の花学園

1 サービスの内容

(1) この施設では、入所者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、相談及び援助、指導（生活・作業支援）、食事の提供、社会生活上の便宜の供与、健康管理等のサービスを提供します。

サービスの種類		内 容
相談及び援助		利用者の方の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、ご本人又はそのご家族、後見人等の方のご相談に対応し、必要な助言その他の援助を行います。
指導 ・訓練等	生活支援	日常生活上の援助や日中活動支援に当たっては、利用者の方の障害程度に応じて、利用者の自立の支援及び日常生活が充実出来る様に、適切な技術をもって支援を行います。
	作業支援	花卉園芸 蔬菜園芸 陶芸 再生紙加工 農産加工(通所部)
食事の提供		<p>食事に関し、利用者の栄養、身体状況及び嗜好等考慮すると共に適切な時間に食事を提供いたします。</p> <p>朝食 7 : 4 0 ~ 8 : 1 0</p> <p>昼食 1 2 : 0 0 ~ 1 2 : 3 0</p> <p>夕食 1 7 : 4 0 ~ 1 8 : 1 0</p>
介 護	排 泄	利用者の状況に応じて適切な排泄援助を行うと共に、排泄の自立に向けた適切な援助・支援を行います。
	入 浴	年間を通して、週6回の入浴が可能です。利用者の障害の程度に応じた、適切な援助を提供いたします。
	着脱衣	生活のリズムを整え、毎日、季節・気候に応じた清潔な衣服に着替えを行います。
	整 容	個性に配慮し、適切な整容が行われる様に援助を行います。シ - ツ交換は、夏場 / 週1回、冬場 / 2週1回 行います。
	移 動	利用者の身体的状況に応じて移動しやすい環境や設備を整え、施設外の移動については、複数のスタッフによる引率や援助を行います。
社会生活上の便宜の供与		当施設では、必要な教養娯楽設備を整えると共に施設での生活を実りあるものとする為、適宜レクリエ-ション等を企画します。

サービスの種類	内 容
健康管理	<p>通常は、看護師により、診察・疾病予防・健康管理に努めています。また、緊急時必要により主治医あるいは協力医療機関等に責任を持って引き継ぎます。</p> <p>利用者が外部の医療機関に通院する場合には、その付き添い等について配慮します。 (付き添い料がかかる場合があります)</p> <p>嘱託医師により、年2回診察日を設けて健康管理に努めています。</p>
その他 (支援費対象外のサービス)	<p>支援費対象外のサービス提供については、個々の利用者のニーズによって支援内容が異なり、別途個人負担料金が発生する場合がありますので、希望されるサービスがございましたら、施設(事業者)へご相談ください。</p>

(2) 事業者は、次の施設及び日程によりサービスを提供します。

入 所 施 設	所在地	福岡市西区今津 4 8 2 0 - 2		
	名 称	第一野の花学園	電 話	092-806-2059
入所予定期間	年 月 日() ~ 年 月 日()			

(3) サービス提供にあたっては、別添の「施設サービス計画書」に沿って計画的に提供します。

2 管理者

管理者は、次のとおりです。サービスについてご相談や不満がある場合には、どんなことでもお寄せください。

氏名： 進藤 和昭 連絡先(電話)： 092-806-2059

3 サービス利用に対する負担額

(1) 利用者の方等からご負担いただくサービス利用に対する負担額は、次表のとおりです。

なお、 の費用が必要となる場合には、利用者へ事前に詳細を説明のうえ、同意を得なければならないこととされています。疑問点等があれば、お尋ねください。

支援費制度における利用者負担額

知的障害者福祉法により、利用者及び扶養義務者は、その負担能力に応じて利用者負担額を事業者に支払うことになっています。その金額は、お手持ちの「施設受給者証」に記載されているとおりです。

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明
1)利用者本人	1月あたり 円	「施設受給者証」記載の金額
2)扶養義務者	1月あたり 円	

支給決定を受けた以外のサービス利用に係る費用（全額自己負担）

支援費支給決定を受けた内容以外のサービスの利用する場合は、利用者の方がその費用をご負担いただくことになります。

区 分	金 額 (単 位)	内 容 の 説 明

(注) は「施設受給者証」で定められている内容以外のサービス提供を受けた場合等に要する費用です。

(2) 利用者負担額等の支払いについて

サービス利用に対する負担額は、サービスを提供した翌月の25日に、下記のとおり、ご指定の金融機関の口座から引き落としとなります。ただし、自動引き落としが可能な金融機関は、西日本銀行 郵便局 のいずれかをお願いします。

__又は__の金融機関で利用者本人名義の口座をご用意ください。

【口座振替（自動引き落とし）の手続き】

__ 西日本銀行又は郵便局に口座を開設してください。

(すでに上記金融機関の口座を持っている場合は、その口座で結構です。)

__ 「預金口座振替依頼書」(西日本銀行)又は「自動払込利用申込書」(郵便局)のいずれか1枚及び「振替口座指定書」を当施設あてご提出ください。

様式は、当施設に用意しております。

なお、自動引き落としの手続きが支払いまでに間に合わない場合等がございましたら、下記指定口座への振込も可とします。その他、ご不明の点は当施設の庶務係までお問い合わせください。

氏名 _____ 印