

第一野の花学園 重要事項説明書

社会福祉法人 野の花学園

1 施設の概要

| | |
|---------------|--|
| 施設名 | 第一野の花学園 |
| 施設の種類 | 知的障害者更生施設 |
| 施設の所在地 | 〒819-0165 福岡市西区今津4820-2 |
| 電話 / F A X | (0 9 2) 8 0 6 - 2 0 5 9 / (0 9 2) 8 0 6 - 4 9 7 8 |
| ホームページ / メール | http://www.nonohana.or.jp / E-mail info@nonohana.or.jp |
| 施設指定番号 | 4 0 1 3 0 2 0 0 0 0 6 3 1 7 号 (入所) 4 0 1 3 0 2 0 0 0 0 6 3 2 5 号 (通所) |
| 施設の代表者 | 施設長 進藤 和昭 |
| 入所定員 | 6 0 名 (通所部 1 9 名) |
| 施設の目的 運営方針 | 野の花学園は、知的障害者福祉法に基づく 1 8 歳以上の知的障害者と契約させて頂き、恵まれた自然環境の中で個々の能力に応じた適切な支援計画のもとに生活支援、作業活動支援を行い知的障害者の潜在能力を開発し社会自立に向けての支援を目的としています。 |

2 施設の職員体制等

| 職 種 | 業務内容 | 人 員 |
|----------------|---|-----------------|
| 施設長 | 施設全般に係わる運営管理（計画作成、組織・人的資源の育成、財務編成、管理等） | 1 名 |
| 管理者 | 施設長が兼務 | 1 名（兼務） |
| 医師（嘱託医） | 利用者の健康維持及び医療 | 2 名（非常勤 2 名） |
| 看護師 | 施設の保健衛生を担う。（疾病の早期発見と医療機関への情報提供、健康把握とその記録保管） | 1 名（常勤 1 名） |
| 職業指導員 作業指導員 | 作業量、作業時間、作業内容に配慮し、勤労意欲と作業能力の向上に努める | 9 名（常勤 9 名） |
| 生活支援員 | 日常生活上の主な支援業務と社会的な生活全般にわたる支援 | 1 0 名（常勤 1 0 名） |
| 栄養士 | 利用者の食生活についての栄養管理、食品衛生管理業務（利用者の嗜好調査及び献立の実施） | 1 名（常勤 1 名） |
| 調理員 | 献立表に基づき料理の味付けや組み合わせに配慮し、おいしい料理を作ることを業務とする | 4 名（常勤 4 名） |
| 事務担当職員 | 一般会計に関する経理出納事務 総務・事務に関する業務 | 3 名（常勤 3 名） |
| その他の従業者 | 各種補助業務 | 4 名（非常勤 4 名） |

3 設備の概要

(1) 施設

| 区 分 | | 数 量 ・ 規 模 | 備 考 |
|---------|-------|------------------------------|-----|
| 建 物 | 構 造 | 鉄筋コンクリート造2階建 | |
| | 延べ床面積 | 3 2 9 4 . 9 2 m ² | |
| 敷 地 面 積 | | 9 0 5 9 m ² | |

(2) 居室

| 区 分 | 規 模 | 備 考 |
|----------|--------------------------|-------------|
| 1人部屋(和室) | 10室 81.84m ² | 机・タンス有り |
| 2人部屋(和室) | 10室 129.20m ² | 机・タンス有り |
| 2人部屋(洋室) | 18室 253.22m ² | ベット・机・タンス有り |

(3) 主な設備

| 区 分 | 数 量 ・ 規 模 | 備 考 |
|-----------------|---------------------------|--------------------------------|
| 静 養 室 | 1室(16.50m ²) | |
| 食 堂 | 1室(150.35m ²) | |
| 浴 室 | 1室(52.50m ²) | 循環式浴槽(各種細菌等の検査は随時実施) 特殊浴槽有り |
| 洗 面 所 | 3箇所 | |
| 便 所 | 4箇所 | 身体障害者トイレ1ヶ所含む |
| 医 務 室 | 1室(16.50m ²) | |
| 作 業 室 | 3室(986.12m ²) | |
| 更 衣 室 | 1室(53.3m ²) | |
| 相 談 室 ・ 集 会 室 | 1室(32.32m ²) | |
| 運 動 場 | (1276.5m ²) | |
| 地 域 交 流 ス ペ ー ス | 1室(280.00m ²) | |

4 サービス内容

- (1) 食 事 朝食 7:40~ 8:10
 昼 食 11:50~12:30
 夕 食 17:45~18:15
- (2) 介 護 衣服着脱介助、排せつ介助、整容、施設内移動の付き添い等
- (3) 入 浴 最低、週6回入浴可能です。
- (4) 訓 練 訓練室等にて利用者の状況に応じて訓練(生活支援、作業活動支援職業的支援、社会活動支援)を実施します。
- (5) 健康管理 毎年1回以上健康診断を行います。
- (6) 理容・美容 月1回、理容・美容サービスを実施します。
- (7) レクリエーション
 カラオケ、ビデオ鑑賞会、旅行等を定期的 to 実施しています。

5 サービス利用に対する負担額

(1) 利用者の方のサービス利用に対する負担額は、次の3種類です。

なお、又は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（「施設受給者証」記載の額）

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）

厚生労働省令で定められた「特定日常生活費」（実費相当額・全額自己負担）

通勤寮以外の知的障害者施設では、この「特定費用」に係る費用負担はありません。

ん。

(2) 具体的な負担額は、下記のとおりです。

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となります。

| 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。

(3) 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 のいずれかとします。

__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。

【振込先金融機関口座名】

| |
|--|
| 西日本銀行 今宿支店(普通) 0023127 <small>ちてきしょうがいしゃこうせいしせつ だいいちのはながくえん えんちよう しんとう かずあき</small> |
| 知的障害者更生施設 第一野の花学園 園長 進藤 和昭 |
| 郵便局 記号 17400 番号 65609371 <small>だいいちのはながくえん えんちよう しんとう かずあき</small> |
| 第一野の花学園 園長 進藤 和昭 |

現金による支払いは、原則としてお取扱いいたしませんのでご承知おきください。

6 サービス利用に当たっての留意点

- (1) 面会時間 面会時間の設定は特にありませんが、面会時は必ず面会簿に記入してください。当園に御宿泊希望の方は、事前に御連絡をお願いいたします。
- (2) 金銭・貴重品の管理 貴重品に関しては、利用者ご本人の責任において管理していただきます。施設における管理をご希望される場合はお申し出ください。
- (3) 外出・外泊 外出・外泊の際は、所定の届出用紙に必要事項を記入し、御提出をお願いいたします。
- (4) 飲酒・喫煙 喫煙は、喫煙コーナーをお願いいたします。喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。飲酒はご遠慮をお願いいたします。
- (5) 設備の利用 施設内の居室や設備、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などが生じた場合、賠償していただく場合がございます。
- (6) 所持品の持ち込み 所持品の持ち込みについては、職員にご相談ください。無断で持ち込まれた破損・紛失した場合、責任を負いかねる場合がございます。
- (7) 施設外での受診 嘱託医以外の専門科診療が必要とされた場合、ご家族にて対応していただく場合がございます。

(8) その他

利用者の思想・信教は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動、営利活動はご遠慮ください。

7 緊急時の対応方法

サービス提供にあたり事故、体調の急変等が生じた場合は、事前の打ち合せに基づき、家族等、主治医、救急機関等に連絡します。

| | |
|-------|------------------|
| 医療機関等 | 主治医等の氏名： 連絡先： |
| 緊急連絡先 | 氏名： 連絡先： |

8 協力病院等

内科（嘱託医）

| |
|---|
| 名称：シーサイド病院 代表者：坂本英彦 所在地：福岡市西区今津3810番地 連絡先：(092)806-7171 診察料：健康保険 入院設備：あり |
|---|

精神科（嘱託医）

| |
|--|
| 名称：春日病院 代表者：武田寿一 所在地：福岡市西区今宿青木1105番地 連絡先：(092)891-3535 診察料：健康保険 入院設備：あり |
|--|

内科・精神科

| |
|--|
| 名称：今津赤十字病院 代表者：岡山昌弘 所在地：福岡市西区今津377番地 連絡先：(092)806-2111 診察料：健康保険 入院設備：あり |
|--|

外科

| | |
|----------|---------------------------|
| 名 称： | 昭和病院 |
| 代 表 者： | 坂 本 道 男 |
| 所 在 地： | 福岡市西区大字徳永字大町 9 1 1 - 1 |
| 連 絡 先： | (0 9 2) 8 0 7 - 8 8 1 1 |
| 診 察 料： | 健康保険 |
| 入 院 設 備： | あり |

整形外科

| | |
|----------|---------------------------|
| 名 称： | 福岡豊栄会病院 |
| 代 表 者： | 江 口 正 雄 |
| 所 在 地： | 福岡市西区田尻 2 7 0 3 - 1 |
| 連 絡 先： | (0 9 2) 8 0 7 - 3 5 6 7 |
| 診 察 料： | 健康保険 |
| 入 院 設 備： | あり |

9 非常災害対策

| | | | | | |
|-----------|---|-----|------------|-----|-----|
| 災害時の対応 | 別途に定める「第一野の花学園 消防計画」により、対応いたします。 | | | | |
| 平常時の訓練 | 別途に定める「第一野の花学園 消防計画」に基づいて、年12回夜間及び昼間を想定した避難訓練・防火訓練を利用者の方にも参加して頂きます。 | | | | |
| 防 火 設 備 | 防 火 設 備 | 有 無 | 防 火 設 備 | 有 無 | 備 考 |
| | ・自動火災報知機 | 有 | ・防火扉 | 有 | |
| | ・誘導灯 | 有 | ・スプリンクラー設備 | 有 | |
| | ・ガス漏れ報知機 | 有 | ・非常通報設置 | 有 | |
| | ・非常用電源 | 有 | ・野外消火栓 | 有 | |
| | ・屋内消火栓 | 有 | ・消火栓 | 有 | |
| | ・館内設置しているカーテン及び使用している布団は、全て防災性を使用しております。 | | | | |
| 消 防 計 画 等 | 消防署への届出日： 平成 年 月 日 () 防 火 責 任 者： 進 藤 和 昭 (施 設 長) | | | | |

10 相談窓口、苦情対応

サービスに関する相談や苦情については、次の窓口で対応いたします。

| | |
|------------|--|
| 当施設お客様相談窓口 | TEL：(092)806-2059 FAX：(092)806-4978 e-mail：info@nonohana.or.jp 対応時間：24時間 * 担当者不在時は、他スタッフにお申し出ください。 * 苦情受付箱も設置いたしておりますのでご利用ください。 |
| 苦情解決責任者 | 第一野の花学園・野の花学園通勤寮 施設長 <small>しんとう かずあき</small> 進藤 和昭 |
| 苦情受付担当者 | 第一野の花学園 支援係長 <small>やまもと みちひろ</small> 山本 道廣 |
| 第三者委員 | 社会福祉法人 野の花学園 監事 <small>きくら きへいた</small> 鬼倉 喜平太 連絡先 092-803-0888 |
| | 今津福祉村 村長 <small>い で かずみ</small> 井手 一美 連絡先 092-806-2666 |

11 当法人の概要

| | |
|---------|--|
| 法人の名称 | 社会福祉法人 野の花学園 |
| 代表者名 | 理事長 末永 直行 |
| 所在地 | 〒810-0044 福岡市中央区六本松1丁目2番22号 福岡県社会福祉センター内 |
| TEL/FAX | 092-713-8180 / 092-713-8180 |
| 業務の概要 | 知的障害者更生施設 第一野の花学園（入所・通所・短期入所） 知的障害者更生施設 第二野の花学園（入所・短期入所） 知的障害者通勤寮 野の花学園通勤寮 知的障害者地域生活援助事業 グループホーム（6ヶ所） 知的障害者地域生活支援事業 支援センター今津（公益事業） |

12 その他

事業者が故意過失がなかった場合を除き、サービスの提供にあたり、利用者の方の身体や財産に損害を与えた場合は、その損害を賠償します。そのため、当事業者は、損害賠償保険に加入しております。

また、利用者本人が任意で加入する各種保険等もございますので、詳細は、施設までお問い合わせください。（任意加入の保険等については、自己負担となります。）

【 説明確認欄 】

年 月 日

契約の締結に当たり、上記により重要事項を説明しました。

(事業者) 事業者名 _____

説明者 _____ 印

契約の締結に当たり、上記のとおり説明を受けました。

(利用者) 氏 名 _____ 印

代理人又は立会人
氏 名 _____ 印