

## 指定障害者支援施設

### 岡山県健康の森学園障害者支援施設 重要事項説明書

あなたに対する指定障害者支援施設における施設入所支援及び施設障害福祉サービス（自立訓練（生活訓練）・就労移行支援及び就労継続支援B型）の提供の開始にあたり、岡山県条例に基づいて当施設があなたに説明すべき内容は次の通りです。

#### 1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 健康の森学園
所 在 地	岡山県新見市哲多町大野 2034-5
電 話 番 号	0867-96-2995
代表者氏名	理事長 黒山 靖弘
設 立 年 月	平成 3年4月1日

#### 2. 利用施設

施設の種類	指定障害者支援施設 (昼間実施サービス)・自立訓練（生活訓練） ・就労移行支援 ・就労継続支援B型 ・就労定着支援 ※就労定着支援の説明内容については別紙にて表示する。
施設の名称	岡山県健康の森学園障害者支援施設
施設の所在地	岡山県新見市哲多町大野 2034-5
連 絡 先	電話番号 0867-96-2995 ファックス 0867-96-2998
管 理 者	小川 俊一
サービス管理責任者	小川 俊一
サービスの実施地域	新見市哲多町大野 2034-5
主たる対象者	知的障害者
定 員	施設入所支援 35名 自立訓練（生活訓練） 12名 就労移行支援 10名 就労継続支援B型 13名 就労定着支援 / 名
開設年月日	平成22年4月1日

事業所番号	3311000131
通常の事業の実施地域	岡山県下全地域

### 3. サービスの目的・運営方針

目的	自立訓練（生活訓練）・就労移行支援及び就労継続支援B型の対象者に対し、日中活動と合わせて、夜間等における入浴、排泄又は食事等の支援、及び生活等に関する相談及び助言その他必要な日常生活上の支援を行う。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図り、適正かつ、きめ細かな自立訓練（生活訓練）・就労移行支援・就労継続支援B型・施設入所支援サービスの提供を行う。

### 4. サービスに係る施設・設備等の概要

#### (1) 施設

建 物	構 造	鉄筋コンクリート造 平屋建（5棟） （耐火建築物）（耐震構造）
	延べ床面積	4,705.05㎡
敷地面積	95,250.16㎡	

#### (2) 主な設備

	部屋数	備考
居 室	個室 36室	一人あたり 10.6㎡
食 堂	1室	共用 96.2㎡
静養室	2室	35.0㎡
医務室	1室	共用 60㎡
洗濯室	3室	52.5㎡
寮附設調理室	3室	36㎡
浴 室	3室	36.75㎡
洗面所	6室	25.65㎡
更衣室	3室	19.28㎡
便 所	3室	49.62㎡
支援員室兼相談室	3室	84㎡
集会室	3室	146㎡
短期入所居室	3室	42㎡
会議室	1室	共用 246㎡

当施設では、岡山県が定める基準条例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

職 種	員数	常 勤		非常勤		備 考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			
事務員	3		2		1	
サービス管理責任者	1		1			
自立訓練事業						
生活支援員	3	3				
看護師	1	1				
就労移行支援事業						
職業指導員	2	1		1		
生活支援員	1	1				
就労支援員	1		1			
就労継続支援 B 型事業						
職業指導員	1			1		
生活支援員	1	1				
入所施設						
生活支援員	8	8				
宿直員	10			10		
栄養士	2		1		1	

当施設では、岡山県が定める基準条例を遵守し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。

(ア) 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（8：30～17：15）
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
事務員	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：15）
看護師	早出の勤務時間帯（6：00～15：00）
事務員	遅出の勤務時間帯（12：00～21：00）
生活支援員	宿直の勤務時間帯（21：00～6：00）
職業指導員	
就労支援員	
宿直員	17：00～翌8：30

## 6. 昼間実施サービスの営業日等

営業日	月曜日から金曜日までとする。 第1・第2・第3土曜日は午前とする。 ただし、土・日・祝日等に営業することがある。
営業時間	平日 8：30～17：15までとする。 土曜日 8：30～12：30までとする。
サービス提供時間	平日 9：00～16：30までとする。 土曜日 9：00～12：00までとする。(食事提供時間を除く)

## 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>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等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)</li> <li>身体の機能、生活能力の維持・向上及び生産活動等の訓練を行います。</li> <li>一般就労に必要な・基礎体力の向上や知識マナー等の習得の支援をします。また、事業所外就労支援(職場実習やトライアル雇用等)など一般就労に向けての支援を行います。</li> </ul>
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	<p>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。</p> <p>① 入浴 毎日(18：00～20：00)</p> <p>② 起床・入床 起床時間 平日6：00 日祭日 7：00 消灯時間 22：00とします。</p> <p>③ 着脱衣 必要に応じて介助、確認します。</p> <p>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。</p> <p>⑤ シーツクリーニングは週一回行います。</p>
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 サークル活動
生産活動	農作業・家畜飼育等の生産活動の機会を提供します。 ①野菜栽培・花卉栽培 ②食品加工 ③家畜飼育 ④果樹栽培 〈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。
実習及び求職活動等の支援 (就労移行事業所)	公共職業安定所、障害者就労・生活支援センター等の関係機関と連携を取りながら職場実習の実施や、トライアル雇用、求職活動の支援の実施、職場定着の為の支援を行います。

(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	希望により食事の提供をします。 食事時間 朝食 7:30～8:00 昼食 12:15～12:45 夕食 17:30～18:00 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、また地域で生産された旬の食材を活用し季節・行事等に応じた食事を提供するよう努めます。	日額 1,320円 (内訳) 朝食 260円 昼食 530円 夕食 530円 昼食のみ 830円 (うち食材料費 530円)
光熱水費	使用量に関わらず、一日	400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頂きます。	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 ※施設入所支援 日用品費 2,500円(1ヶ月)

就労に向けての支援に必要な諸経費	就労や実習に向けての支援のうち負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 (交通費・小遣いなど)	実費
自立に向けての支援に必要な諸経費	社会体験支援に向けての支援のうち負担して頂くことが適当であるものに係る費用を頂きます。 (交通費・小遣いなど)	実費
社会生活上の便宜の供与等	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。 (福祉手帳の更新手続き・療育手帳の更新手続き・精神通院医療申請手続き・年金申請等)	1件500円 (切手代金含む)
金銭管理	通帳管理、小遣い等を管理します。 ・出納責任者 山田 浩久 ・保管管理者 小川 保江 ・印鑑管理者 小川 俊一 *出入金については、出納簿を作成します。 *年一回、利用者・保護者に出納簿の確認をしていただきます	1ヶ月500円
健康診断	嘱託医等と相談し、必要な検診を実施します。	実費
被服費	必要に応じ補充します。	実費
通院付添いサービス	交通費 (職員付き添い)	新見市内 無料 高梁市内 (近隣) 1,000円 倉敷市内 (近隣) 2,400円 岡山市内 (近隣) 2,700円 津山市内 (近隣) 2,400円
*その他	・サービス提供記録等の複写代 ・証明書諸書類の発行代 (在園証明・工賃証明) *上記行政機関への手続きに必要な場合は、上記金額に含まれます。	20円 100円

#### <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「7. サービス提供の内容（2）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）をする場合は、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（食費の実費相当額） 1 日あたり	1, 3 2 0 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、20 日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

(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

中国銀行 新見支店 普通預金 1 4 7 0 2 9 7

フク) ケンコウノモリガクエン

社会福祉法人 健康の森学園

(ウ) 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：中国銀行

## 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当施設におけるサービス会議や市町村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 4：00 です。

(2) 利用者またはその家族から当該利用者に係る指定サービスの情報に関する

る記録の開示を求められた場合は、当該利用者の不利益にならない範囲において可能な限り開示する。

## 10. 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

当施設 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者 小原 瑞恵</li> <li>・苦情解決責任者 山田 浩久</li> <li>・ご利用時間 9:00～ 16:00 (土日祝祭日を除く)</li> <li>・電話番号 0867-96-2995</li> <li style="padding-left: 20px;">F A X 0867-96-2998</li> <li>・ 担当者が不在の場合は、施設事務所までお申し出ください。</li> </ul>
社会福祉法人 健康の森学園 第三者委員	<ul style="list-style-type: none"> <li>中川 初美</li> <li>竹本 俊郎</li> <li>小谷 廣志</li> <li>川上 由子</li> </ul>
管轄市町村	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各市町村の障害福祉窓口</li> </ul>
岡山県運営適正化 委員会	<ul style="list-style-type: none"> <li>・所在地：岡山市北区南方2-13-1 きらめきプラザ3階</li> <li>・ご利用時間 9:00～ 17:00 (土日祝祭日を除く)</li> <li>・電話番号：086-226-9400</li> <li>・F A X：086-226-9400</li> </ul>

### (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 小原 瑞恵</li> <li>・虐待防止責任者 山田 浩久</li> <li>・ご利用時間 9:00～ 16:00 (土日祝祭日を除く)</li> <li>・電話番号 0867-96-2995</li> <li style="padding-left: 20px;">F A X 0867-96-2998</li> <li>・ 担当者が不在の場合は、施設事務所までお申し出ください。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・管轄市町村または新見市障害福祉窓口</li> </ul>

## 11. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の 実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実施なし</li> </ul>
-----------------	---

## 1 2. 嘱託医・協力医療機関

### 嘱託医

医療機関の名称	吉田医院		
所在地	新見市高尾 2 4 8 7 - 2 0		
電話番号	0 8 6 7 - 7 2 - 7 8 3 8		
診療科	内科・消化器科	入院設備	無し

### 協力医療機関

#### (1)

医療機関の名称	渡辺病院		
所在地	新見市高尾 2 2 7 8 - 1		
電話番号	0 8 6 7 - 7 2 - 2 1 2 3		
診療科	整形外科・外科 脳神経外科・婦人科	入院設備	有り

#### (2)

医療機関の名称	こころの医療クリニック新見		
所在地	新見市高尾 2 4 8 8 - 1 3		
電話番号	0 8 6 7 - 7 2 - 8 4 2 3		
診療科	精神科	入院設備	

#### (3)

医療機関の名称	医療生協 阿新診療所		
所在地	新見市新見 7 4 1		
電話番号	0 8 6 7 - 7 2 - 8 7 0 0		
診療科	歯科	入院設備	無し

## 1 3. 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。		
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自動火災報知機 有</li> <li>・ガス漏れ報知機 有</li> <li>・非常用電源 有</li> <li>・室内防火栓 無</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・誘導灯 有</li> <li>・非常通報装置 有</li> <li>・スプリンクラー 有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。</li> </ul>
緊急時の訓練	<ul style="list-style-type: none"> <li>・別途に定める、消防計画書に則り、年 1 2 回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。</li> </ul>		
消防計画	消防署への届出日：毎年 4 月健康の森学園防災計画提出 防火管理者：岡山県健康の森学園 訓練部長		

#### 1 4. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	来訪者は、必ず面会簿に記載してください
外出・外泊	外出・外泊の際は、外出届を担当支援員まで提出していただき、許可を取ってください。
設備・器具の利用	当施設の設備、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	所定の場所をお願いします。
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希望により事業所にて管理をいたします。
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。

#### 1 5. 緊急時の対応

施設の職員は、現に施設障害福祉サービスの提供を行っているときに利用者に病状等急変が生じた場合その他必要な場合は、すみやかに医療機関への連絡を行うなどの必要な措置を講じるものとする。

#### 1 6. 事故発生時の対応

施設は、利用者に対する施設障害福祉サービスの提供により事故が発生した場合は、事故の状況や事故に際してとった処置等を、都道府県及び市町村、当該利用者の家族等に連絡し、必要な措置を講ずるとともに、書面として記録するものとする。

2 施設は、利用者に対する施設障害福祉サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償をすみやかに行うものとする。

令和 年 月 日

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

施設名：岡山県健康の森学園障害者支援施設

説明者職名：サービス管理責任者

氏 名：小川 俊一

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提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

身元保証人住所： \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

続 柄：