

重要事項説明書

社会福祉法人 松風会 清華学園
当施設は長崎県の指定を受けています。
(長崎県指定 4210300259)

◇◆ 目次 ◆◇

1. サービスを提供する事業者	2
2. 利用施設	2
3. サービスの目的・運営方針	2
4. サービスに係る施設・設備等の概要	3
5. サービス提供職員の設置状況	4
6. サービス提供の内容	5
7. 利用料金	7
8. 利用者の記録及び情報の管理等	8
9. 緊急時の対応	8
10. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口	8
11. 協力医療機関	9
12. 非常災害時	9
13. 当事業所ご利用の際に留意いただく	10

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意頂きたいことを説明するものです。

※当施設では、利用者に対して指定障害施設サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として障害福祉サービスの支給決定を受けた方が対象となります。

あなたに対する指定障害者支援施設サービス提供の開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所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

経営事業者の名称	社会福祉法人 松風会
法人所在地	長崎県島原市有明町大三東甲 2 1 5 0
代表者氏名	理事長 蒲池 興照
電話番号	0 9 5 7 - 6 8 - 1 1 6 1
設立年月日	昭和 3 5 年 4 月 7 日

2. 利用施設

事業所の種類	指定障害者支援施設：平成 2 3 年 4 月 1 日指定 (長崎県指定 第 4 2 1 0 3 0 0 2 5 9)
事業所の名称	清華学園
事業所の所在地	長崎県島原市有明町大三東甲 2 1 5 0 番地
連絡先	電話番号 0957-68-1161 ファックス 0957-68-1709
管理者	施設長 蒲池 興照
サービス管理責任者	常勤 6 名配置
サービスの実施地域	島原市、雲仙市国見町、南島原市深江町及びその他の地域
主たる対象者	知的障害者
定員	1 4 0 名
開設年月日	昭和 3 9 年 2 月 1 日 (旧更生施設を含む)
事業所番号	4 2 1 0 3 0 0 2 5 9

3. サービスの目的・運営方針

目的	当施設は、入所された利用者の意向を尊重して、多様な福祉サービスを総合的に提供することにより、利用者が個人の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又はその有する能力に応じ自立した日常生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的としています。
運営方針	利用者の人権を守り、一人ひとりの意思を尊重して、充実した施設生活を送れるように支援しています。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建 物	男性 居住 棟	本館	構造	鉄筋コンクリート造 2階建
			延べ床面積	1344.61 m ²
			利用定員	24名
		ひまわり棟	構造	鉄骨造スレート葺平屋建
			延べ床面積	458.49 m ²
			利用定員	20名
		北館	構造	鉄筋コンクリート造 4階建
			延べ床面積	1564.34 m ²
			利用定員	40名
	男性 浴場 棟	構造	鉄骨コンクリート造 2階建	
		延べ床面積	144.0 m ²	
		利用定員	なし	
	女性 居住 棟	南館	構造	鉄筋コンクリート造 3階建
			延べ床面積	1267.50 m ²
			利用定員	58名
		清安ホーム (地域生活訓練棟)	構造	鉄骨造2階建
			延べ床面積	236.97 m ²
			利用定員	5名
訓練・ 作業 室	体育館	構造	鉄骨コンクリート 平屋建	
		延べ床面積	200.99 m ²	
		利用定員	なし	
敷地面積				7625.93 m ²

(2) 主な設備

	部屋数	備考
訓練・作業室	8室	エアコン完備、リハビリ機器、作業用機材
相談室	1室	エアコン完備、プライバシーに配慮しています。
居室	個室 31室 2人部屋 50室 3人部屋 5室	エアコン完備、タンス、収納スペース有り
食堂	1室	エアコン完備
浴室	男性用 3箇所 女性用 2箇所	エアコン完備、介護用機械浴槽付浴室（2か所）
洗面所	11箇所	エアコン完備
便所	15箇所	エアコン完備
廊下幅	1.8メートル以上	

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

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			1.0	
サービス管理責任者	7	4	3			5.5	研修受講済
医 師							嘱託医 2名 (内科、歯科)
看護師	2	2				2.0	看護師
生活支援員	39	31		8		35.7	介護福祉士 21名、言語聴覚 士、第2種衛生管理者 他
栄養士	1		1			1.0	管理栄養士
調理員	10	9		1		9.6	給食用特殊料理専門調理師 他
事務員	6	5	1			6.0	

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（週 40 時間）で除した数です。

(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（8：00～17：00）で勤務
サービス管理責任者	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）で勤務
生活支援員	通常勤務（8：00～17：00） 早出勤務（7：00～16：00） 遅出勤務（9：30～18：30） 夜勤勤務（16：00～翌日10：00）
職業指導員	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）で勤務
看護師	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）で勤務
栄養士	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）で勤務
調理員	通常勤務（8：00～17：00） 早番（6：00～15：00） 遅番（9：40～18：40）
事務員	正規の勤務時間帯（8：00～17：00）で勤務

6. サービス提供の内容

介護給付費・訓練等給付費対象サービス内容

サービス種類	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。 <相談窓口> 支援課長：池田香代
訓練	<ul style="list-style-type: none"> 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） 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。 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。
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 週3回（但し、必要に応じて適切に対応します。）</p> <p>② 起床・入床 起床時間（6：30から7：00）入床時間（21：00から22：00）本人の意思を尊重します。</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。</p> <p>生活のリズムを整えるような支援をします。</p>
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや服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	利用者の要望、適正、能力に配慮した創作的活動の機会を提供します。
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農作物の栽培 ②手工芸品の製造 ③さおり織製品の製造</p> <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。</p>
実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、障害者就業・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、職場定着の為に支援を行います。

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。 《食事時間》 朝食（ 7：30～ 8：30） 昼食（12：00～13：30） 夕食（17：30～18：30） 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。</p> <p>○特別食（本人希望による）</p>	<p>朝食 390円 昼食 620円 夕食 540円</p> <p>実費</p>
光熱水費	使用量に関わらず、1か月	8,000円
創作的活動・及びクラブ活動等	<p>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いただきます。</p>	実費
	外部講師による絵画教室、茶道教室指導料	年額5,000円
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</p>	実費
	介護用ベッド利用料	月額2,500円
生産活動等	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頂きます。	実費
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。	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
預り金管理	<p>利用者の希望により、金銭管理サービスをご利用いただけます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理する金銭の形態 施設の指定する金融機関に預け入れている通帳 ・お預かりするもの 上記預貯金通帳、金融機関届出印鑑、年金証書 ・保管管理者：施設長 ・出納責任者：事務員 ・管理方法 <p>※入出金については、責任を持って行い、出入金記録を作成します。 ※年2回、残高報告書を作成し、利用者に報告します。 ※利用者は、いつでも入出金記録を閲覧できます。</p>	年額1,200円
健康診断	嘱託医等と相談し、必要な検診を実施します。	無料

被服費	必要に応じ補充します。	実費
理容・美容等	要望により実施します。	実費
移送・付添いサービス	交通費（引率職員分を含む） 職員付き添い料（休日の場合）	実費 日額5,000円
その他	サービス提供記録等の複写代	1枚 20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。

7. 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「6. サービス提供の内容（2）介護給付費・訓練等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）する場合は、利用予定日の2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2日前までに申出のない場合は、食事代相当額を頂く場合があります。

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）の料金は1か月ごとに計算し、ご請求しますので、15日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

(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

十八親和銀行 有明支店 普通預金 343675

(ウ) 金融機関口座からの口座振替

ご利用できる金融機関：十八親和銀行

8. 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事業所におけるサービス会議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、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。

(3) 「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」に基づく利用者の「特定個人情報等」については、事業所では一切取り扱いませんので必要に応じ家族等で対応をお願いいたします。

9. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡等、必要な措置を行うと同時に、家族等指定された緊急連絡先に速やかに連絡します。

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

当事業所 ご利用相談窓口	・苦情解決責任者 施設長 蒲池興照 ・窓口担当者 池田奈美 ・ご利用時間 9：00～ 16：00 ・電話番号 0957-68-1161 F A X 0957-68-1709 ・担当者が不在の場合は、事務所までお申し出ください。	
松風会 第三者委員	中山 勝美	連絡先：0957-62-2855 松風会 監事
	本田 裕章	連絡先：0957-62-3924 松風会 監事
島原市役所 福祉係	・所在地：長崎県島原市上の町537 ・電話番号：0957-63-1111	

(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、責任者	・窓口担当者 池田香代 ・統括責任者 酒井和博 ・ご利用時間 9：00～ 16：00 ・電話番号 0957-68-1161 ・FAX 0957-68-1709
----------------------	---

1 1. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	木下内科医院		
医院長名	木下眞吾		
所在地	島原市中野町丙 22 番地 1		
電話番号	0 9 5 7 - 6 4 - 5 8 5 1		
診療科	内科	入院設備	有

(2)

医療機関の名称	松井歯科医院		
医院長名	松井良二		
所在地	島原市有明町大三東乙 66-1		
電話番号	0 9 5 7 - 6 8 - 0 0 1 1		
診療科	歯科	入院設備	無

上記の他、各専門医に協力依頼しております。

1 2. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める「清華学園消防計画書」により対応いたします。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> ・自動火災報知器 あり ・防火扉 あり ・誘導灯 あり ・スプリンクラー設備 あり ・ガス漏れ報知器 あり ・非常通報装置 あり ・非常用電源 あり <p>カーテンは防災性のあるものを使用しております</p>
平時の訓練	別途定める「清華学園消防計画書」にのっとり、夜間及び昼間を想定した避難・防災訓練を、年3回利用者の方も参加して実施します。
消防計画	<p>消防署への届出日 : 平成30年 1月10日</p> <p>防火管理責任者 : 釘田敬三</p>
保険加入	<p>事故・災害に備えて、建物火災保険、施設賠償保険に加入しています。</p> <p>建物火災保険会社名 : 日本興亜損害保険 (地震保険付帯)</p> <p style="padding-left: 2em;">あいおいニッセイ同和損害保険 (地震保険付帯)</p> <p>施設賠償保険名 : あいおいニッセイ同和損害保険</p> <p style="padding-left: 2em;">(日本知的障害者福祉協会補償制度)</p>

13. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

来訪・面会	<ul style="list-style-type: none"> ・来訪者は、必ず面会者名簿に記載してください。 ・宿泊する際には、事前にご相談ください。
外出・外泊	<ul style="list-style-type: none"> ・外出・外泊の際は、外出届を事務所まで提出していただき、許可を取ってください。
嘱託医師以外の医療機関への受診	<ul style="list-style-type: none"> ・より専門科への受診が必要と判断された場合は、受診が継続になる場合や遠方への受診等は、ご家族に対応していただく場合があります。
居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内の居室や設備、器具は本来の用法に従ってご利用下さい。利用者の故意により破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります
喫煙・飲酒	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙は決められた場所をお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。飲酒は、普段は飲めませんが、旅行時や外食時に楽しむ機会を設けております。
貴重品の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・貴重品につきましては、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、預り金管理サービスをご利用ください。
宗教活動・政治活動 ・営利活動	<ul style="list-style-type: none"> ・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、政治活動および営利活動はご遠慮ください。
動物飼育	<ul style="list-style-type: none"> ・施設内へのペットの持ち込み及び飼育については、管理者とご相談ください。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・他の利用者のプライバシー保護の為、カメラ等での撮影は制限させていただきます。 ・事業所の各施設及び利用者、職員の写真や映像等を、インターネット等を通じ不特定第三者に公衆送信する行為は禁止いたします。公衆送信等による、プライバシーの侵害、事業所の信用失墜を招く行為に対しては損害賠償を求める場合があります。

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、障害者支援施設サービスの提供開始に同意しました。

令和 5年 4月 1日

利用者 住所 〒

氏名 印

利用者の家族等 住所 〒

氏名 印

続柄

当事業所は、施設サービスの提供にあたり、上記のとおり重要事項について説明いたしました。

事業者

住所 〒 859-1411

長崎県島原市有明町大三東甲2150番地

名称 社会福祉法人 松風会 清華学園

理事長 蒲池 興照 印

説明者 印