

知的障害者更生施設八王子美山学園重要事項説明書

1 事業者の概要

| | |
|--------------|---|
| 名称 | 社会福祉法人やまゆり福祉会八王子美山学園 |
| 法人種別 | 社会福祉法人 |
| 法人所在地 | 東京都八王子市美山町 767 番地の 2 |
| 電話番号 | TEL 042-652-4000 FAX 042-652-4554 |
| 代表者氏名 | 梅澤 太郎 (理事長) |
| 法人が所有する施設・拠点 | 知的障害者更生施設八王子美山学園生活棟及び作業棟、自活訓練棟、地域生活移行練習寮(借家) パン工房 外部作業所(借家) |

2 施設の概要

| | |
|--------------|---|
| 施設の名称 | 八王子美山学園 |
| 施設の種別 | 指定知的障害者更生施設 |
| 事業所番号 | 13000200317316 (平成 15 年 4 月 1 日指定) |
| 施設の目的 | 知的障害者福祉法の理念に基づき適切な運営を図ります。 |
| 施設開設年月日 | 平成 6 年 4 月 1 日 |
| 施設の敷地面積・延床面積 | 敷地面積：12,598.03 m ² 建物面積：生活棟：2,212.3 m ² 作業棟：231.34 m ² 自活訓練棟：29.81 m ² |
| 入所定員 | 80 名 (他にショートステイ 4 名) |
| 運営方針 | ①利用者にとって家庭であり、生活する中から自己実現のため意欲的なチャレンジャーであることを支援していきます。②「ゆとりと安らぎ」を基本としながら現有能力を高めるとともに、潜在力、残存力の活性化への支援をしていきます。③地域資源として、社会的個人的理由を問わず、緊急一時、ショートステイ、ミドルステイを支援していきます。 |
| 第三者評価の実施状況 | 当社会福祉法人やまゆり福祉会苦情対応規程に基づき、適切に対応いたします。 |
| 職員への研修の実施状況 | 新任、中堅、ベテラン職員の各研修、またてんかんや行動障害の理解と対応等の専門研修への参加を図り、職員個々人の研修はもとより学園内研修も充実させ、職員の専門性の向上や福祉サービス職員としての資質の向上を目指します |

3 施設の職員体制

| 職種 | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数 (常勤換算) | 資格等 |
|------------|-------|--------|----------------|-----|
| 施設長 | 1 | | 1 | |
| 副園長 | 1 | | 1 | |
| 生活支援スタッフ | 25 | 7 | 32 | |
| 日中活動支援スタッフ | (25) | 4 | 4 | |
| 医師 | | 1 | 1 | 嘱託医 |
| 看護師 | 1 | 1 | 2 | 看護師 |

| | | | | |
|-------|---|---|---|-----|
| 栄養士 | 1 | | 1 | 栄養士 |
| 調理員 | 2 | 5 | 7 | 調理師 |
| 事務、夜警 | 2 | 2 | 4 | |

4 職員の勤務体制

| 職種 | 勤務体制 |
|------------|--|
| 施設長 | 生活支援スタッフ職員の日勤時間帯で勤務 |
| 生活支援スタッフ | 早番 6:45 ~ 15:30 日勤 8:30 ~ 17:15 遅番 11:30 ~ 20:30 準夜勤 15:00 ~ 24:00 夜勤 23:45 ~ 8:45 |
| 日中活動支援スタッフ | 生活支援スタッフ職員の勤務時間帯の日勤、早番、遅番に準じて生活支援スタッフが勤務する |
| 医師 | 毎月1回診察します。 |
| 看護師 | 土日曜日を除く平日、生活支援スタッフ職員の勤務時間帯で勤務 |
| 栄養士 | 土日曜日を除く平日、生活支援スタッフ職員の勤務時間帯で勤務 |
| 調理員 | 早番 5:30 ~ 14:30 日勤 9:30 ~ 18:30 遅番 10:30 ~ 19:30 |
| 事務員 | 事務員は生活支援スタッフ職員の日勤時間帯で勤務 夜警は 21:00 ~ 6:00 |

5 施設の設備等の概要

①居室

| | 居室の種類 | 室数 | 一人当たりの広さ | 収納スペース | 備考 |
|-----|-------|----|---------------------|--------|----|
| 本館 | 1人部屋 | 7 | 6.6 m ² | ロッカー | |
| | 2人部屋 | 38 | 6.6 m ² | ロッカー | |
| 自活棟 | 1人部屋 | 2 | 14.9 m ² | 押し入れ | |
| | 1人部屋 | 3 | 21.0 m ² | クローク | |

②その他設備

| 設備の種類 | 室数 | 備考 |
|-------|-------|------------------------------------|
| 食堂 | 大1、 | |
| 浴室 | 大4、小1 | 各フロアに2箇所あります |
| 機能訓練室 | 1 | 軽い作業などの日中活動など、多目的に利用します |
| 作業室 | 4 | 陶芸窯、ロクロ、自動木工カンナ機など専門機材も導入した設備があります |
| 医務室 | 1 | 静養ベッドもあります |
| 静養室 | 4 | 体調不良時など、各フロアにて利用できます |
| 相談室 | 1 | |
| パン工房 | 1 | |

6 施設サービスの内容

①日常生活支援

| | |
|---------|--|
| 食事 | (食事時間) 朝食 8:00 ~ 9:00 昼食 11:30 ~ 13:00 夕食 18:00 ~ 19:00 ・栄養、利用者の状況に配慮したものを提供いたします。 ・原則、毎日(朝・昼・夕)提供いたします。 ・食事の提供が不要な場合は、1週間前までに、規定の様式により申し出ください。 |
| 入浴 | 週に3回以上実施します。 利用者の心身の状況により入浴することが困難な場合は、清拭となる場合があります。 |
| 理美容サービス | 当施設内において、毎月第4月曜日に理美容サービスを実施します。 |
| 清掃 | 利用者にもできる範囲で清掃に参加するよう促し、職員が援助します。 |
| 洗濯 | 利用者にもできる範囲で洗濯に参加するよう促し、職員が援助します。 |

②余暇活動等支援

| | |
|-------|---|
| 行事 | ・納涼会 ・クリスマス ・バザー ・新年会 ・旅行 |
| クラブ活動 | ・料理クラブ ・華道クラブ ・学習クラブ ・カラオケクラブ ・レクレーションクラブ |
| 外出支援 | 必要に応じて外出支援を行います。 買物・外食・ドライブ・余暇活動 |

③地域生活移行支援の取組み

個別支援計画に基づき、利用者が地域において生活できるよう、利用者の心身の特性に応じた必要な支援を行います。

施設内の自活訓練棟及び近隣の地域生活練習寮を利用し、ご希望に応じて自活訓練、地域生活練習支援を提供します。ただしご希望が多い場合は、順番制となります。

④保健医療サービス

| | |
|------|---|
| 健康管理 | ・毎月1回、医務室にて精神科嘱託医による診察や健康相談サービスを受けることができます。 ・年間2回健康診断を行います。 ・ご利用中の健康管理、服薬の管理は、八王子美山学園の看護師を中心に行ないます。 ・通院が必要な場合には、あらかじめお伺いした方法に添って行ないます。なお、緊急の場合には、ご相談の上近隣の病院に通院させていただきますが、ご連絡がつかない場合には、通院後の連絡となることがあります。 ・施設は、食中毒及び感染症の発生を防止するために、衛生管理に細心の |
|------|---|

| | |
|--|------------------------------|
| | 注意を払います。必要に応じて保健所の助言、指導を求めます |
|--|------------------------------|

⑤ 支援費支給申請の援助

支援費の支給期間終了後も継続して施設支援を受けることができるよう、再度支給決定を受けるための申請を行う際に、必要な援助をします。

⑥ 行政手続の代行

手続の代行を希望される場合は、職員にお申し出ください。

⑦ 預り金管理

| | |
|-------|--|
| 預り金管理 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 当施設では「預り金等取扱規程」を定めており、利用者のご希望によりこの規程に基づいた金銭管理サービスをご利用いただけます。 ・ 金銭管理サービスの対象となるのは、日常的に購入するものの代金等小口の日常的な金銭です。非日常的な高額金銭や証券・土地等は施設では管理できませんので、ご了承ください。 ・ 管理する金銭の形態は、原則として金融機関の通帳とします。 ・ 入出金については、その都度記録を行い、事前または事後に利用者の承認を得ます。 ・ 年1回、残高及び使途明細等について書面で利用者に報告します。 |
|-------|--|

⑧ 家族との交流

| | |
|--------|-----------------------------------|
| 会報の発行 | ・ 「やまゆり通信」を原則年2回発行し、ご家族にお送りしています。 |
| 行事への参加 | ・ 当施設が実施する行事に、ぜひ一緒にご参加ください。 |

⑨ 地域との交流

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| 地域住民との交流 | 地域住民の行事、施設の行事などを通じて交流いたします。 |
| ボランティア団体との交流 | 市内ボランティア団体、学校などに呼びかけ、行事などを通じて交流いたします。 |

⑩ 家族会・後援会

| | |
|-----|------------------------|
| 家族会 | 保護者主催の家族会を年6回開催しております。 |
| 後援会 | 御協力ください。 |

7 利用料金

(1) 支援費支給対象サービス利用者負担額

サービス量の原則1割の額

月額負担上限額については、区市町村長が定めた額

また、利用者が入院している期間は利用者負担の支払いは不要となりますので、入退院日について、すみやかに施設までご連絡ください。

なお、施設が利用者に代わり区市町村から受領した支援費の額については、利用者に通知します。

(2)その他の料金

| | |
|-----------------|--|
| 行政手続き代行費 | 1回につき2,500円～5,000円。このほか、交通費や郵便代、コピー代等は実費をいただきます。 |
| 預り金管理料 | 月額 1,000円 |
| 記録等複写サービス | 複写1枚につき30円 |
| 食事の提供に要する費用(食費) | 月額48,000円 |
| 居住に要する費用(光熱水費) | 月額10,000円 |
| 補足給付費 | 受給者証に記載されている額 |
| 日常生活に要する費用 | 実費相当額 |
| 創作活動・生活活動に要する費用 | 実費相当額 |

そのほか、理美容費や特別な食事に係る費用、また利用者の事情により必要となる嗜好品等は、その実費について利用者の負担となります。

また、食費、光熱水費の費用については、食費、光熱水費の合算額から補足給付費を減じた額が利用者の負担となります。

なお、施設が利用者の変わりに区市町村から受領した補足給付費の額については、利用者へ通知します。

(3)食事のキャンセル

食事については、急なキャンセルの場合は、下記の料金をいただきます。

- ・ご利用の1週間前までにご連絡いただいた場合 無料
- ・ご利用の3日前までにご連絡いただいた場合 50%
- ・ご利用の3日前までにご連絡いただかなかった場合 全額

料金については月額÷該当月日数にて単価を算出します。

(4)支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月中旬までに請求しますので、25日までにお支払ください。

支払いは、原則として郵便局口座による自動口座引き落としとしてお願いします。ただし、これによりがたい場合は、現金または振込でお願いします。

8 入退所

(1) 入所

- ①知的障害者更生施設の施設サービスについて支援費支給決定を受けた方で、当施設に入所を希望される方は、電話等でご連絡ください。当施設のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ②入所が決定した場合は契約を締結します。契約の有効期間は支援費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新

されるものとします。

- ③入所に際しては、適切なサービスを提供するために、健康診断書などをもって心身の状況、病歴等を把握させていただきます。

(2) 契約の終了

- ①利用者が当施設に対し 30 日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。
- ②当施設が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③利用者がサービス利用料金の支払いを 3 か月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、30 日以内にお支払いいただけない場合、または利用者が当施設や当施設の職員に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、契約を解除し、退所していただくことがあります。この場合、契約を解除する日の 30 日前までに文書で通知します。
- ④やむを得ない事情により当施設を閉鎖または縮小する場合、契約を解除し、退所していただく場合があります。この場合、契約を解除する日の 30 日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ①利用者が他の知的障害者更生施設等に入所した場合
- ②知的障害者更生施設の支給決定期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③利用者が亡くなった場合

9 当施設ご利用に際し留意いただきたい事項

| | |
|--------|---|
| 面会 | 面会は自由です。 面会時間は 8 : 30 ~ 19 : 30 ただし、できるだけ事前にご連絡ください。 |
| 外出・外泊 | 外出、外泊届を提出していただき、職員に申し出てください。 外出・外泊時の送迎時間は 8 : 30 ~ 19 : 30 (緊急時についてはご相談ください) 長期の外泊については、早めにご相談して下さい。 |
| 飲酒 | マナーを守り、他の利用者に迷惑をかけない程度にお願いします。 |
| 喫煙 | 喫煙コーナーでお願いします。喫煙コーナー以外は全館禁煙です。 |
| 居室等の利用 | 施設内の居室や設備等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は賠償していただくことがあります。また、他の利用者に損害を与えた場合は、その賠償をしていただくことがあります。 (損害賠償保険に加入してください。) |
| 宗教活動等 | 利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する布教活動等のご遠慮ください。 |
| 貴重品の管理 | 利用者の責任において管理させていただきます。 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 |

| | |
|--|---------|
| | いただけます。 |
|--|---------|

10 緊急時の対応方法

利用者の容態に急変があった場合は、協力医療機関又は利用者の指定する医療機関に連絡する等必要な処置を講ずるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡します。

【緊急連絡先】

| | |
|------|--|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |

11 協力医療機関

当施設が契約している協力医療機関は、下記の通りです。

| | |
|-------|------------------|
| 医療機関名 | 医療法人永寿会 恩方病院 堤医師 |
| 所在地 | ※八王子市西寺方町105番地 |
| 電話番号 | 042-651-3411 |
| 診療科目 | 精神科・内科・皮膚科 |

ただし、常時通院、入院等で利用させていただいている医療機関は、各科に分かれていますが、市内各地の医療機関にご協力いただいています。

12 非常災害時の対応

| | |
|---------|----------------------|
| 非常時の対応 | 別途定める「消防計画」により対応します。 |
| 防火管理責任者 | 山崎 光利 |
| 避難訓練 | 利用者も参加の上、年12回実施します。 |
| 防災設備 | ・スプリンクラー ・ガス漏れ報知器 |

13 この契約に関する苦情・相談窓口

当施設ご利用相談・苦情窓口

| | |
|------|----------------|
| 担当者 | 吉沢勇三 |
| 電話番号 | 042-652-4000 |
| 受付時間 | Am9:00 ~ 17:00 |

なお、当施設では苦情解決のために独自の取り組みを行っています。

・苦情解決のために、苦情対応規程を設けています。苦情解決責任者、苦情受付担当者 第三者委員を設け、各ケース担当も含んでどこでも窓口としてご利用できます。

施設外の第三者委員

- ①小林清（弁護士） 0422-72-1711
- ②佐野貞大（家族会会長） 03-3941-6816
- ③佐藤弘幸（評議員） 042-582-3238

・利用者の日常的な苦情解決のために、月1回の苦情相談会を設けています。

・利用者の要望などを伺うために、月1回の利用者懇談会を設けています。

なお、ご本人、ご家族野のご相談は、随時お受けいたします。

当施設以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| | |
|------|--|
| 担当部署 | |
| 電話番号 | |
| 受付時間 | |

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

| | |
|------|------------------------------|
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | 03-3268-1148 |
| 受付時間 | 月～金 9～17時 |

知的障害者更生施設入所にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

平成 年 月 日

事業者

(所在地) 東京都八王子市美山町 767 番地の 2

(名称) 社会福祉法人やまゆり福祉会 印

(説明者) 所属 八王子美山学園
氏名 園長 水野 直哉

私は契約書及び本書面により、これから入所する知的障害者更生施設の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住所)

(氏名) 印

(立会人等)

(住所)

(氏名) 印