

重要事項説明書（障害福祉サービス短期入所用）

この「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、社会福祉法第 76 条及び「障害者総合支援法に基づく指定障害福祉サービスの事業等の人員、設備及び運営に関する基準（平成 18 年厚生労働省令第 171 号平成 18 年 9 月 29 日）」第 9 条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

☐ 1 サービスを提供する事業者について

事業者名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
代表者氏名	理事長 青木 善治
本部所在地 (連絡先)	〒430-0946 静岡県浜松市中区元城町 218 番地 26 TEL 053-413-3300 Fax 053-413-3314
法人設立年月日	昭和 27 年 5 月 17 日

☐ 2 ご利用の事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	奄美佳南園
サービスの 主たる対象者	・身体障がい者 ・障害児(18 歳未満の身体障害者及び 18 歳未満の知的障害者)
鹿児島県 指定事業者番号	短期入所 第 4614200519 号(平成 27 年 6 月 1 日指定)
事業所の所在地	〒894-0014 鹿児島県奄美市名瀬平田町 7 番 15 号
連絡先 相談担当者名	TEL 0997-52-8688 Fax 0997-52-8695 担当者[]
管理者	(施設長) 村田 勇樹
利用定員	10 名〔短期入所生活介護の空床利用型〕
事業所の通常の 事業実施地域	奄美市名瀬、龍郷町の全域とします。
事業所が行なう他 の指定障害福祉サ ービス	指定居宅介護 ; 第 4614200145-11 号 指定重度訪問介護; 第 4614200145-12 号
施設運営の基本方 針及び目的	1. ご利用者に対して、その自立と社会経済活動への参加を促進する観点から、 相談援助及び介護、看護を適切に行います。 2. ご利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って指定施設支援を提供

	するように努めます。 3. できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家庭との結びつきを重視した運営を行い、市町村、障害者施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
--	--

☐ 3 当事業所の施設設備の概要（当事業所の施設設備の概要は以下のとおりです。）

（1）ご利用施設で合わせて実施する介護保険事業及び障害福祉サービス事業所

事業の種類	指定番号	利用定数
介護老人福祉施設（従来型）	第 4670700121 号	50 床
介護老人福祉施設（ユニット型）	第 4670701244 号	30 床
通所介護	第 4670700162 号	25 名
短期入所生活介護（従来型）	第 4670700121 号	10 名
短期入所生活介護（ユニット型）	第 4670701244 号	空床型
就労移行支援	第 4614200634 号	6 名
就労継続支援 B 型	第 4614200634 号	14 名
基準該当生活介護	第 4644200026 号	18 名

（2）居室及びその他の施設設備概要

居室・設備の種類	室数	備 考
従来型個室	8 室	1 室あたり面積 15.45 m ² 室内トイレ有り
多床室(4 人部屋)	8 室	1 室あたり面積 53.30 m ²
多床室(4 人部屋)	4 室	1 室あたり面積 53.01 m ²
多床室(2 人部屋)	2 室	1 室あたり面積 22.31 m ²
居 室 合 計	22 室	
食 堂	2 室	1 室あたり面積 100.06 m ² 各階 1 室
浴 室	3 室	機械浴2台・特殊浴槽1台
医 務 室	1 室	面積 12.45 m ²
静 養 室	1 室	面積 11.24 m ²

※ 当事業所では上記の施設・設備をご利用いただくことが出来ます。これらは、厚生労働省が定める基準により、短期入所事業のサービス提供に設置が義務付けられている施設・設備です。これらの利用については、ご利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

※ 居室は、原則として空室をご利用して頂きますが、ご利用者の心身の状況等を勘案して、当事業所にて決めさせていただきます。また、居室の変更は、ご利用者同士の合意があった場合または、心身の状況等に変化があった場合等を実施いたします。その際には、ご利用者およびご家族と協議の上で決定するものとします。ご利用者の心身の状況や空き状況によりご希望に沿えない場合もあります。

(3) 職員の体制〔各サービス提供時間帯の職員体制〕※職員配置は、指定基準を遵守しています。

職 種	常勤換算	常勤基準
① 管理者(施設長兼務)	1 名	1 名
② 医師(非常勤・嘱託)	1 名	必要数
③ 事務職員	3 名以上	
④ 生活相談員	2 名以上	1 名
⑤ 介護職員	20 名以上	20 名
⑥ 看護職員	2 名以上	2 名
⑦ 機能訓練指導員	1 名以上	(1 名)
⑧ 介護支援専門員	1 名以上	1 名
⑨ 管理栄養士	1 名	1 名

職員の配置については、指定基準を遵守しています。

〈主な職種の勤務体制〉

職 種	勤 務 体 制
医師	毎週月・木曜日 14:00～15:00
介護職員	6:00～12:00(4 名以上) 12:00～18:00(8 名以上) 18:00～24:00(2 名以上) 24:00～ 6:00(2 名以上)
看護職員	6:30～ 9:00(1 名以上) 17:00～18:30(1 名以上) 9:00～17:00(2 名以上)

※ 介護職員の勤務は、介護が必要な時間帯に適切な人員配置しております。

※ 土・日曜日は上記と異なる場合があります。

※ 当事業所では、ご利用者に対して指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職員を配置しています。(前年度の利用者数によって職員の指定基準は変動します。)

☐ 4 当事業所が提供するサービスと利用料金(契約書第4条、第5条参照)

(1) 介護給付費の対象となるサービス

(2) 介護給付費の対象外のサービス(利用料の全額をご利用者にご負担いただくサービス)

(1)介護給付費の対象となるサービス

以下のサービスについては、食費・光熱水費を除き、サービス利用料金全体の9割が介護給付費の給付対象となります。当事業所が介護給付費等の給付を市町村から直接受け取る(代理受領する)場合、ご利用者は自己負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を当施設にお支払い頂きます。なお負担の軽減が適用される場合には、この限りではありません。

また、介護給付費の対象サービスの場合でも、代理受領を行わない場合(※償還払いの場合も含む)については、一旦全額を当施設にお支払い頂きます。

※ 償還払いとは、一旦、ご利用者がサービス利用料金全額を当事業所に支払い、後に支払額のうち9割が市町村から返還されるものです。

すべてのサービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。この「個別支援計画」はご利用者の自立生活を支援し、さまざまな課題の解決を目的として当施設のサービス管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、ご利用者の同意を頂くものです。

※「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

《サービスの概要》

① 日常生活の支援

種類	内容
食事の提供	管理栄養士の管理の下で、栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を、下記の時間に適温で提供します。食事はできるだけ離床して食堂で食べていただけるように配慮します。 食事提供時間 朝食 7:30～9:30 昼食 11:30～13:30 夕食 17:30～19:30
排泄	ご利用者の状況に応じた排泄援助を行うと共に、排泄の自立についても心身の能力を最大限活用し適切な援助を行います。介助に関しては、可能な限り迅速な対応とプライバシーの配慮に努めます。
入浴	継続利用日数 7 日に対し、2 回の入浴または清拭を行います。継続して 3 日程度で 1 回の入浴となります。個人的な都合でキャンセルされた場合も入浴の振替は行いません。）
着脱衣	ご利用者の心身の状況に応じ、能力を活用し衛生面にも配慮した援助を行います。
整容	ご本人の希望に沿い、身だしなみに配慮し、清潔の保持を心がけます。
洗濯	洗濯は原則当事業所で行ないます。また、施設内の洗濯設備にて洗えない衣類等は、有料(実費)にてクリーニング業者を利用していただきます。

② 医療及び健康管理

健康管理	常にご利用者の健康状況に注意し、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。服薬管理は、当事業所の看護師等と相談の上行います。（定期受診の付き添いサービスは行いません。） ご利用中に医療措置を必要とするような緊急時には、直ちにご家族に連絡いたします。ご家族で、かかりつけの医院に受診していただくか、利用者の主治医にご相談下さい。状況によっては当事業所の判断で、下記の協力医療機関に受診していただく場合がありますが、そのような場合もご家族へ連絡いたしますので、直ちに来園をお願いいたします。 消毒、ガーゼ交換、膀胱洗浄、浣腸は利用者の主治医の処方に従って行います。必要物品は各自でご用意下さい。導尿および留置カテーテルの交換等特別な医療行為は行いません。 また歯科診療・治療等を行いません。
------	---

嘱託医

名称・医師	奄美佳南園診療所・重信嘉美(重信医院院長)
診療科	内科
診察日・時間	毎週 2 日(基本;月・木) 14:00～15:00

協力医療機関

医療機関の名称	鹿児島県立大島病院
所在地	〒894-0015 鹿児島県奄美市名瀬真名津町 18-1
診療科	内科、循環器内科、消化器内科、神経内科、外科、整形外科、皮膚科、眼科、放射線科、麻酔科、精神科、婦人科、脳神経外科、泌尿器科、耳鼻咽喉科、歯科・口腔外科

協力歯科医療機関

医療機関の名称	同上歯科
所在地	同上

③ 社会的活動の支援等

機能訓練	原則、理学または作業療法士による機能訓練は行いません。しかし、看護・介護職員によるケアの提供をもって心身機能の向上、または、低下を防止するよう努めます。
相談および支援	ご利用者およびご家族からのご相談に誠意をもって応じ、可能な限り支援を行うよう努めます。また障害支援区分変更についても必要な援助を行うよう努めます。さらに地域において自立した社会生活を送る為の生活習慣の確立を目指した指導を行います。
社会生活上の便宜	施設での生活を実りあるものとするため、できる限りご利用者の希望に応じた、レクリエーション行事を企画します。
移送	・ご利用者のご希望により事業所から外出活動を実施した場合の移送を行います。その場合、実費燃料費を徴収させていただきます。 ・個人的な外出及び、協力病院以外への移送の対応はしていません。ご希望の場合は、他業者の紹介などの相談に応じます。 土・日曜日、年末年始の送迎は行っておりません。 当事業所の移送サービス部門が送迎を行います。が、病院受診や通所事業の都合などでご希望に添えない場合もございます。

＜サービス利用料金(1日あたり)＞

下記の料金表によって、ご利用者の障害支援区分に応じたサービス利用料金から、介護給付費の給付額(全体の9割)を除いた金額と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。

(利用者負担軽減措置が別途ございます。)

[短期入所サービス費(Ⅰ)](短期入所のみの1日当たりの利用料金)

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
①ご契約者の障害支援区分とサービス利用料金	4,980円	4,980円	5,700円	6,340円	7,670円	9,030円
②うち、介護給付費等が給付される金額	4,482円	4,482円	5,130円	5,706円	6,903円	8,127円
③うち、サービス利用にかかる自己負担額(定率負担) (① - ②)	498円	498円	570円	634円	767円	903円
④食事に係る自己負担額	所得区分		一般		一般(所得割16万円未満) 低所得 生活保護	
	1食		500円	3食 1,500円	240円	加算自己負担分 48円
	2食		500円		300円	
	3食		500円		360円	
⑤光熱水費	320円					
⑥ご負担合計〔個室の場合〕 (③+④+⑤)3食摂取	2,318円	2,318円	2,390円	2,454円	2,587円	2,723円

〔短期入所サービス費(Ⅱ)〕〔短期入所を利用する日に他の日中活動系サービスを利用する場合〕

	区分1	区分2	区分3	区分4	区分5	区分6
①ご契約者の障害支援区分とサービス利用料金	1,690円	1,690円	2,350円	3,110円	5,160円	5,890円
②うち、介護給付費等が給付される金額	1,521円	1,521円	2,115円	2,799円	4,644円	5,301円
③うち、サービス利用にかかる自己負担額(定率負担) (① - ②)	169円	169円	235円	311円	516円	589円
④食事に係る自己負担額	所得区分		一般		一般(所得割16万円未満) 低所得 生活保護	
	1食		500円	3食 1,500円	240円	加算自己負担分 48円
	2食		500円		300円	
	3食		500円		360円	
⑤光熱水費	320円					
⑥ご負担合計〔個室の場合〕 (③+④+⑤)3食摂取	1,989円	1,989円	2,055円	2,131円	2,336円	2,409円

※上記「短期入所サービス費(Ⅱ)」の料金は日中活動系(生活介護、自立訓練、就労移行支援、就労継続支援、通所による旧法施設支援)を利用した日において、短期入所サービスを利用した場合の1日当たりの料金です。

※新たに福祉介護職員処遇改善加算が新設され、利用者単位数合計に5.0%乗じて算定致します。

※ご負担いただく金額については、市町村が発行する障害福祉サービス受給者証に記載された金額の範囲内の額、及び食費・光熱水費といたします。

※食事提供体制加算による自己負担額

低所得者の食事提供体制加算 480 単位(480 円)	日額 48 円(480 円の 1 割)
-----------------------------	---------------------

※上記、食事提供体制加算の適用期限は平成 31 年 3 月 31 日までに延長されています。

〔サービス利用の取り消し(キャンセル)について〕

※サービス利用を取り消しする場合は、前日 17:30 までに当事業所に申し出て下さい。

所定時間以降お申し出の場合、取り消しが出来ない為、キャンセル料として実費相当額を徴収させていただきます。

(前日が土・日曜日、または祝日等の場合は前々日の 17:30 までをお願いいたします。)

※体調不良等やむを得ない理由による取り消しする場合は、キャンセル料はいただきません。

＜利用者負担の減免について＞

〔20 歳以上の利用者の負担上限月額〕

※1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる負担については、所得に応じて 4 区分の月額負担上限額が設定され、それ以上の負担は必要ありません。

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの 負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯(注1)	0 円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割 16 万円未満)(注2) ※入所施設利用者(20 歳以上)、グループホーム・ケアホーム利用者は除きます。(注3)	9,300 円
一般2	上記以外	37,200 円

(注 1)3 人世帯で障害基礎年金 1 級受給の場合、収入が概ね 300 万円以下の世帯が対象となります。

(注 2)収入が概ね 600 万円以下の世帯が対象となります。

(注 3)入所施設利用者(20 歳以上)、グループホーム・ケアホーム利用者は、市町村民税課税世帯の場合、「一般 2」となります。

〔20 歳未満の利用者の負担上限月額〕

区 分	世帯の収入状況	1 ヶ月あたりの 負担上限額
生活保護	生活保護受給世帯	0 円
低所得	市町村民税非課税世帯	0 円
一般1	市町村民税課税世帯(所得割 28 万円未満)	4,600 円
一般2	上記以外	37,200 円

〔食費等実費負担の軽減(平成 31 年 3 月 31 日まで)について〕

短期入所サービスの利用にあたっては、ご利用者が低所得《生活保護、低所得、一般(所得割額 16 万円未満)》の区分である場合、食事提供体制加算が行われるため、利用者負担が軽減されます。

＜利用者負担の上限について＞

※ 介護給付費等対象サービスの利用者負担額は、市町村により上限が定められています。

※ 当事業所を始めて利用される場合は、利用負担の上限管理者にサービス利用開始の旨をお申し出下さい。

※ 当事業所において利用者負担の上限管理を担当し、具体的に上限を超える際の調整を行った場合には、別途上限管理に係る費用(月額 150 円)をお支払い頂きます。

＜償還払いについて＞

※ 当事業所が介護給付費の代理受領を行わない場合は、市町村が定める介護給付費基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。(「サービス提供証明書」と「領収証」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。)

(2)介護給付費の対象外サービス ≪(1)以外のサービス≫

下記のサービスについては、介護給付費の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、別紙 2 介護給付費対象外サービス費用一覧同意書の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。なお所定の料金は経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変

更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う 2 ヶ月前までにご説明します。（法律改正による変更の場合はこの限りではありません。）

※介護給付費対象外サービスの各サービス料金は、別紙一覧表にて明示します。

- ① 食事材料費・光熱水費
- ② 創作活動・レクリエーション活動に係る材料費などの実費
- ③ 特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ④ 介護給付費から支給されない日常生活上の諸費用

(3)利用料金・費用のお支払い方法

前記(1)、(2)の料金・費用は 1 ヶ月ごとに計算し、ご請求致しますので、当月分を翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。（1 ヶ月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用日数に基づいて計算した金額をご請求いたします。）

- ① 口座（からの自動引き落とし⇒【翌月25日】※ 手続きは事務所までご連絡ください。
取扱金融機関；郵便局（ゆうちょ銀行）、鹿児島銀行、南日本銀行、奄美信用組合、
奄美大島信用金庫、九州労働金庫、JA バンク（農業協同組合）
- ② 窓口での現金支払
- ③ 下記指定口座への振り込み【翌月末までに】
鹿児島銀行 大島支店 普通預金 3016012
シャイフクシホウジン セレイフクシギョウダシ アマミナソウエン リンヂョウ ヤマト トシロ
社会福祉法人 聖隷福祉事業団 奄美佳南園 理事長 山本 敏博

☐ 5 虐待防止、身体拘束について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者 施設長 村田 勇樹

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)苦情解決体制を整備しています。

(4)従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げること留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。また事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

(1)緊急性	直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限ります。
(2)非代替性	身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限ります。
(3)一時性	利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。

☐ 6 苦情の受付について（契約書第 14 条参照）

(1)当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専門窓口で受け付けます。

【事業者の窓口】 苦情受付窓口担当者 長谷川 大 (奄美佳南園介護支援専門員) 苦情受付責任者 村田 勇樹	所在地 鹿児島県奄美市名瀬平田町7番15号 TEL 0997-52-8688・FAX 0997-52-8695 受付時間 月曜日から土曜日(8:30 から 17:30)
苦情受付箱	匿名での苦情については、正面玄関に苦情箱を設置しています。

(2)行政機関その他苦情受付機関

奄美市役所福祉政策課ゆうあい係	所在地 奄美市名瀬幸町 25-8 TEL 0997-52-1111(内線 606)・FAX 0997-52-2784 受付時間 (9:00～17:00)
福祉サービス 運営適正化委員会 【事務局】 社会福祉法人鹿児島県社会福祉協議会 (利用支援センター)	〒890-8517 鹿児島県鹿児島市鴨池新町1番7号 県社会福祉センター内 TEL 099-286-2200 FAX 099-257-5707 E-mail tekisei@kaken-shakyo.jp 相談受付日 月曜日～金曜日 (ただし、祝日・年末年始 12/29～1/3 を除く) 相談時間 9:00～16:00(電話の場合) ただし、FAX・E-mailについては24時間対応です。

☐ 7 ご利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第7条、第6項参照)

当事業所は、関係法令に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、ご利用者の負担となります。)

当事業所における記録の項目は次のとおりです。

- ① 個別支援計画
- ② サービス提供の具体的内容
- ③ 万一、身体拘束を行った場合の状況や緊急やむをえない理由など
- ④ 市町村との連絡・通知
- ⑤ 利用者からの苦情の内容
- ⑥ 事故の状況及び、事故に際しての対応
 - ☆保存期間は、サービス提供が完結した日から5年間となります
 - ☆閲覧・複写できる窓口業務時間 平日 8:30～17:30(土日祝祭日は除く)

☐ 8 損害賠償保険への加入(契約書第8条参照)

当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	賠償責任保険

☐ 9 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「奄美佳南園」消防計画にのっとり対応を行います。
近隣との協力関係	夜間、休日は聖隷福祉事業団奄美地区の他施設と相互に応援体制を組みます。
地震災害時の対応	地震注意情報・地震予知情報が発令された場合及び地震発生の場合。 ①利用中の場合…直ちにご家族に連絡すると共に今後の対応について確認いたします。 ②利用予定の場合…直ちにご家族に連絡すると共に今後の対応について確認いたしま

	す。状況により利用中止とさせていただく場合もあります。
平常時の訓練および 防災設備	別途定める「奄美佳南園」消防計画にのっとり年間2回以上、避難訓練を実施します。

☐ 10 その他留意事項

来訪・面会	原則、面会時間の制限は特に設けませんが、他者（本人を含む）への迷惑とならないよう配慮をお願いします。玄関・出入口は 21:00 以降から翌朝 6:00 までは施錠いたします。 来訪時には、手洗い・うがいを励行し、インフルエンザ等の感染防止にご協力下さい。ご利用者・職員に影響を及ぼす可能性がある場合には、面会の制限をさせていただく場合があります。
外出	外出の際には事前に行き先、帰宅時間等を職員に申し出てください。（欠食確認等のため） また、必要に応じて行き先の電話番号等を教えていただく場合もあります。 個人的な外出の事故については、施設として責任は負いません。
送迎	当事業所の移送サービス部門が送迎を行います。が、病院受診や通所事業の都合などでご希望に添えない場合もございます。
飲酒・喫煙	飲酒は他者に迷惑をかけないようにお願いします。 喫煙は決められた場所以外ではできません。
居室・設備 器具の利用	当事業所の居室・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等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
医療機関への 受診	医療機関への受診については、医師・看護師の判断を必要としますので、事前にご相談ください。受診の付き添いは緊急ややむを得ない場合を除きいたしません。
迷惑行為等	騒音等、他の利用者の迷惑になる行為はご遠慮願います。また、許可無く他のご利用者の居室への立ち入りはご遠慮ください。
金品の授受	他の利用者や職員への金品の授受は、トラブルの原因になりますのでご遠慮下さい。
宗教・政治活動	当事業所内での他のご利用者や職員に対する宗教活動および政治活動・営利活動は、ご遠慮ください。
感染症対策	ご利用者が感染等にかかった場合、他の利用者への感染を防止するため、感染の種類によって必要な措置をとることがあります。また、当事業所以外でインフルエンザ等の感染症が流行している場合、感染防止の為、利用や外出等を制限することがあります。
金銭・貴重品 の管理	ご利用者の金銭および貴重品の管理はいたしません。紛失等されてもその責任は負えません。
動物飼育	施設内へのペットの持ち込みおよび飼育は原則お断りします。
入所時と退所時 について	サービス利用の開始時、ご利用者の体調等を確認する為、血圧・体温等の測定を行い、さらに介護職員により最近の生活の状況等、介護上必要な事柄についてお伺いします。終了時には、担当職員より利用期間中の様子についてのご報告と、お預かりした物品の返却を行います。
緊急時の対応と 連絡先について	ご利用者の体調不良や事故等で、救急受診などの対応が必要となるなど、サービス利用の継続が困難になった場合、直ちにご家族に連絡をいたしますので、ご来園いただきますようお願いいたします。なお、ご利用中のご家族の緊急連絡先については、ご利用ごとにお知らせ下さい。

身元引受人及び扶養者の義務	当事業所は、契約締結にあたり、ご利用者に対し、身元引受人をお願いする事になります。ただし、社会通念上、利用者に身元引受人を立てることができない相当の理由が認められる場合は、当事業所にご相談下さい。なお、身元引受人は、民法(債権法)に定める保証人としての責務を負うこととなります。 ① サービス利用契約の各条項のほか、以下の各項目に従い債務を保証することになります。 1) 連帯保証人は、利用者と連帯して本契約から生じる利用者の債務を負担するものとします。 2) 前項の連帯保証人の負担は、極度〇〇円を限度とします。 3) 連帯保証人の請求があったときは、事業者は連帯保証人に対し、遅滞なく利用料等の支払い状況や滞納金の額、損害賠償の額等、利用者の全ての債務の額等に関する情報を提供しなければなりません。 ② ご利用者が疾病等により医療機関に入院する場合、入院手続きが円滑に進行するように当事業所に協力していただきます。 ③ ご利用者がご利用中に死亡した場合、遺留金品の処理及びその他必要な措置を講じていただきます。 ④ 身元引受人に変更がある場合、当事業所へご連絡下さい。
---------------	--

平成 27 年 6 月 1 日 施行、令和 2 年 4 月 1 日変更

☐ 11 「個人情報」提供・使用に対する同意書

私自身及び家族の個人情報については、サービスの計画等に沿って円滑にサービスを提供する為に実施される事業所内におけるサービス等会議、貴事業所以外との私の利用するサービスに係る障害者自立支援法に基づく指定障害福祉サービス及び医療施設、その他関係事業者への連絡調整において必要な場合、緊急時における情報提供等、必要最小限の範囲において個人情報を提供・使用することに同意いたします。

☐ 12 「個人情報」提供・使用に対する同意書

平成 年 月 日

指定障害福祉サービスの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者	所在地	〒430-0906 静岡県浜松市中区元城町 218 番 26
	法人名	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
	代表者名	理事長 青木 善治 印
	事業所名	奄美佳南園
	説明者氏名	印

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、指定障害福祉サービスの提供開

始に同意をいたします。

また、上記 11「個人情報」の提供・使用に対する同意をいたします。

利 用 者	住 所	
	氏 名	⑩
身元引受人	氏 名	(続柄:) ⑩
署名代行者	住 所	
	氏 名	⑩
家族代表者	氏 名	(続柄:) ⑩

別表1

【介護給付費 費用一覧】

区分・加算名			備考
	障害程度区分	日額定率負担	
福祉型短期入所サービス費(Ⅰ)	区分 6	903 円	短期入所サービスのみ利用した際の、利用者個人の障害程度区分に基づき費用を算定
	区分 5	767 円	
	区分 4	634 円	
	区分 3	570 円	
	区分 2 及び区分 1	498 円	
福祉型短期入所サービス費(Ⅱ)	区分 6	589 円	日中活動系サービスを利用した日において短期入所サービスを利用した際の、利用者個人の障害程度区分に基づき費用を算定
	区分 5	516 円	
	区分 4	311 円	
	区分 3	235 円	
	区分 2 及び区分 1	169 円	
短期利用加算	30 円/日		新規利用を開始した日から連続 30 日以内につき算定
常勤看護職員等配置加算	8 円/日		
重度障害者支援加算	30 円/日		一定の心身の状態にある方について算定
栄養士配置加算(Ⅰ)	22 円/日		栄養士を配置している場合に 1 日に付き算定
利用者負担上限管理加算	150 円/月		障害福祉サービスを複数利用し、利用者負担額の上限額を管理した場合につき月 1 回算定
食事提供体制加算	48 円/日		(一般所得割 16 万円未満の低所得、生活保護)
特別重度支援加算	(Ⅰ)610 円/日		
	(Ⅱ)297 円/日		
	(Ⅲ)120 円/日		
緊急短期入所受入加算	(Ⅰ)180 円/日		
	(Ⅱ)270 円/日		
日中活動支援加算	200 円/日		
定員超過特例加算	50 円/日		
送迎に係る費用	片道:186 円/往復:372 円		
福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数の 86/1000		サービス利用合計単位数 86/1000
福祉・介護職員等特定処遇改善加算	所定単位数の 21/1000		サービス利用合計単位数 21/1000
その他	令和 3 年 9 月 30 日までの間は、基本報酬について所定単位数の 1,001/1,000 に相当する単位数を算定		
地域区分費用	10 円		1 単位当たりの単価

別表 2

【介護給付費対象外サービス費用一覧表同意書】

社会福祉法人 聖隷福祉事業団

奄美佳南園 施設長 村田 勇樹 殿

「短期入所奄美佳南園」を利用するにあたり、介護給付費対象外サービス費用について担当者より説明を受け、これらを十分に理解したうえで選択による利用をした際、下記の諸費用の負担について承諾いたします。

平成 年 月 日

＜利用者氏名＞ _____ (印)

＜代筆者氏名＞ _____ (続柄) _____ (印)

徴収項目		費用		消費税	承諾
1 特別な食事を提供した場合		実費		税込	可 ・ 否
特別な食事	プリン	実費		税込	可 ・ 否
	ヨーグルト	実費		税込	可 ・ 否
	バナナ	実費		税込	可 ・ 否
	牛乳	実費		税込	可 ・ 否
2 おやつ代	食 / 回	54 円		税込	可 ・ 否
3 理美容代	1 回 カット代	パーマ等は別途	1,000 円	税込	可 ・ 否
4 貴重品の管理	1 ヶ月		1,500 円	なし	可 ・ 否
5 複写物の交付		1 枚	10 円	11 円	可 ・ 否
オムツ代金	紙オムツ・紙パンツ	100 円/枚		税込	可 ・ 否
	パッド	30 円/枚		税込	可 ・ 否
利用者の選択に基づく外出活動に係る費用		実費		税込	可 ・ 否