

特別養護老人ホーム 淡路栄光園 サービス利用契約

重要事項説明書

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、社会福祉法第 76 条に基づき、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

当事業所では、利用者に対して短期入所サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として介護給付費又は訓練等給付の支給決定を受けた方が対象となります。

◇◆目次◆◇

1. サービスを提供する事業者・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
2. ご利用施設・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
3. 事業所の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2～3
4. 職員の配置状況・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3
5. 事業所が提供するサービスと利用料金・・・・・・・・・・ 4～8
6. 虐待防止、身体拘束について・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
7. 苦情の受付について・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 9
8. 利用者の記録や情報の管理、開示について・・・・・・・・ 10
9. 損害賠償保険への加入・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
10. 非常災害時の対応・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 10
11. その他重要事項及び留意事項・・・・・・・・・・・・・・ 11～12

社会福祉法人 聖隷福祉事業団
短期入所 特別養護老人ホーム淡路栄光園
当施設は兵庫県の指定を受けています。
(兵庫県指定 第 2811600242 号)

1 サービスを提供する事業者

事業者の名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
法人の所在地	静岡県浜松市中区元城町 218 番地 26
代表者氏名	理事長 青木 善治
法人の設立年月日	昭和 27 年 5 月 17 日
電話番号・FAX 番号	電話 053 (413) 3300 FAX 053 (413) 3314

2 ご利用施設

事業所の種類	平成 28 年 9 月 1 日指定 兵庫県 第 2811600242 号	
事業所の名称	特別養護老人ホーム 淡路栄光園	
事業所の所在地	兵庫県淡路市岩屋 3373	
提供する事業	短期入所	
主たる対象者	身体障害者、知的障害者、精神障害者	
電話・FAX 番号	電話 0799 (72) 2938	FAX 0799 (72) 2986
施設長（管理者）	山浦 真佳	
開設年月日	平成 11 年 4 月 1 日	
利用定員	短期入所生活介護 19 名	短期入所 空床利用型
施設運営の基本方針及び目的	・利用者の身体状況、その置かれている環境に基づき、その意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、入浴排泄及び食事等の介護、その他必要な保護及び援助を適切かつ効果的に行います。 ・事業所は、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障害福祉サービス事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者との密接な連携に努めます。	

3 事業所の概要

敷地	9 5 8 0 . 8 8 m ²
建物構造	鉄筋コンクリート造り一部鉄骨 2 階建
延床面積	3 6 2 9 . 1 0 m ²

（1）ご利用施設であわせて実施する事業

事業の種類	兵庫県・淡路市の事業者指定年月日	指定番号	利用定数
指定介護老人福祉施設 淡路栄光園	平成 12 年 4 月 1 日	兵庫県指定 第 2871600173 号	60 名
（介護予防）短期入所生活介護 淡路栄光園	平成 12 年 4 月 1 日	兵庫県指定 第 2871600173 号	19 名
地域密着型通所介護 デイサービスセンター淡路	令和 2 年 4 月 1 日	淡路市指定 第 2871600249 号	18 名

（2）居室（居室数は介護老人福祉施設の居室を含みます）

居室の種類	室数	面積
多床室（4 人部屋）	12 室	13.18 m ²
多床室（2 人部屋）	5 室	10.65 m ²
従来型個室（1 人部屋）	21 室	11.76～17.39 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、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(3) 居室以外の主な施設設備

食堂、医務室、静養室、機能訓練室、浴室、脱衣室等

4 職員の配置状況

令和3年8月1日現在

職種	職員配置	区分	指定基準	常勤換算
施設長（管理者）	1	兼務	1	1.0
医師	1	非常勤	1	0.1
生活相談員	1	常勤	1	1.0
看護職員	3	常勤（兼務）	1	1.0
介護職員	27	常勤・非常勤	7	7.0
機能訓練指導員	1	常勤	1	1.0
管理栄養士	1	常勤（兼務）	1	1.0

※当事業所では、利用者に対して併設特養及び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。上記は79人が平均利用した場合の配置数です。

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
施設長（管理者）	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
医師（非常勤）	毎週1回（13：30～15：30）
生活相談員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
看護職員	日勤（8：30～17：00） ※夜間でも連絡体制を確保しています
介護職員	早番（6：30～15：00） 夜勤（16：45～9：00） 日勤（8：30～17：00） 遅番（11：15～19：45） 準夜勤（17：00～1：30）
機能訓練指導員	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
管理栄養士	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）

※職員の配置基準については常勤換算の上、厚生労働省の指定基準を遵守しています。

※常勤換算とは：職員それぞれの週当たりの勤務延時間総数を、当施設における常勤職員の所定勤務時間数（週37.5時間）で除した数です。

例：1日3.75時間、週5日勤務の職員（1週間で18.75時間勤務）が5名いる場合、
常勤換算では、2.5名（3.75時間×5日×5名÷37.5時間＝2.5名）となります。

5 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)

当事業所では利用者に対して以下のサービスを提供します。

- (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、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7ページ以降に記載する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、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。

<サービスの概要>

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が作成し、サービス担当者会議で確認された後、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。

①日常生活の支援

種類	内容
食事の提供	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 7:30～8:30 昼食 12:00～13:00 夕食 18:00～19:00
排泄	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	週2回以上の入浴または清拭を行います。状態に応じて特殊浴槽を使用して入浴することができます。
着脱衣	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おこないます。
整容	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	日常的な衣類の洗濯は原則当事業所で行ないます。

②医療及び健康管理

健康管理	常に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、協力医療機関等に受診していただく場合があります。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、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。
------	---

協力医療機関

医療機関の名称	聖隷淡路病院
院長名	黒田 勝哉
所在地	兵庫県淡路市夢舞台 1-1
電話番号	0799 (72) 3636
診療科	内科・外科・整形外科・皮膚科・産婦人科・脳神経外科

協力歯科・眼科医療機関

医療機関の名称	藤歯科医院
所在地	兵庫県淡路市岩屋 925-7
医療機関の名称	松田アイクリニック
所在地	兵庫県淡路市岩屋 1000

③社会的活動の支援等

機能訓練	機能訓練指導員の指導の下、看護・介護職員によるケアの提供を実施し心身機能の向上、または、低下を防止するよう努めます。
相談および支援	当施設では、常に利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、利用者やご家族に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行います。
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、適宜レクリエーション行事を企画します。
送迎	原則として緊急時の受診における協力医療機関以外の移送の対応はしておりません。 その他の事情で送迎をご希望の場合は他業者の紹介などの相談に応じます。

＜サービス利用料金（１日あたり）＞

下記の料金表によって、利用者の障害程度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）＊１単位あたり１０円での算定となっております。

〔短期入所サービス費（Ⅰ）〕（短期入所のみの利用の場合）

① ご契約者の障害支援区分とサービス利用料金	区分 1 4,980 円	区分 2 4,980 円	区分 3 5,700 円	区分 4 6,340 円	区分 5 7,670 円	区分 6 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	
	朝食		380 円		163 円	加算自己 負担分 48 円
	昼食		570 円		219 円	
	夕食		550 円		219 円	
⑤光熱水費	345 円					
⑥日常生活費	入浴消耗品費 10 円/回 おしぼり代 50 円/日 カミソリ代 210 円/月 マスク 10 円/枚					
⑥ご負担合計（一般の場合） （③＋④＋⑤）	2,343 円	2,343 円	2,415 円	2,479 円	2,612 円	2,748 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）

①ご契約者の障害支援区分とサービス利用料金	区分 1 1,690 円	区分 2 1,690 円	区分 3 2,350 円	区分 4 3,110 円	区分 5 5,160 円	区分 6 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	
	朝食		380 円		162 円	加算自己負担分 48 円
	昼食（おやつ含む）		570 円		216 円	
	夕食		550 円		216 円	
⑤光熱水費	345 円					
⑥日常生活費	入浴消耗品費 10 円/回 おしぼり代 50 円/日 カミソリ代 210 円/月 マスク 10 円/枚					
⑥ご負担合計（一般の場合） （③＋④＋⑤）	2,014 円	2,014 円	2,080 円	2,156 円	2,361 円	2,434 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。

☆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 48 単位 (480 円)	日額 48 円 (480 円の 1 割)
-----------------------------	----------------------

☆常勤の栄養士配置による自己負担額

栄養士配置加算 (I) 22 単位 (220 円)	日額 22 円 (220 円の 1 割)
---------------------------	----------------------

☆送迎による自己負担額

送迎加算 (片道) 186 単位 (1860 円)	日額 186 円 (1860 円の 1 割) 往復 : 372 円
---------------------------	-----------------------------------

☆短期利用加算

利用開始日から 30 日を限度として	日額 30 円 (300 円の 1 割)
--------------------	----------------------

☆緊急で短期入所を利用された際の自己負担額

利用開始日から 7 日間を限度。やむ得ない場合は 14 日間を限度。	日額 180 円 (1800 円の 1 割)
------------------------------------	------------------------

☆福祉・介護処遇改善加算 I

1 月につき 所定の単位数×8.6%を加算

☆福祉・介護職員等特定処遇改善加算

1 月につき 所定の単位数×2.1%を加算

☆福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算

1 月につき 所定の単位数×2.8%を加算

〔サービス利用の取り消し (キャンセル) について〕

☆サービス利用の取り消し及び、食事のキャンセルをする場合は下記の時間までに当事業所に申し出て下さい。所定時間以降のお申し出の場合、キャンセルが出来ない為、下記の食費代 (実費相当額) を徴収させていただきます。

	利用予定日の前々日まで	利用予定日の前日まで	利用予定日当日
一般	無料	当日の利用料 50%	当日の利用料の全額
低所得者・生活保護	無料	当日の利用料 50%	当日の利用料の全額

※体調不良等施設がやむを得ない理由と判断したキャンセルの場合は、キャンセル料はいただきません。

<利用者負担の上限について>

〔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

○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「介護給付費対象外サービス費用一覧」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食事代
- ②光熱水費
- ③日常生活費
- ④「創作活動」「レクレーション活動」に係る材料費などの実費
- ⑤特別なサービスの提供とこれに伴う費用。
- ⑥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。)

ア・金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：銀行・信用金庫・郵便局・農協

イ・下記指定口座への振り込み

淡路信用金庫 岩屋支店 普通預金 口座番号 0239168

シャカイホウジケンセイレイフクジギョウダシ アワジエイゴエン リゾチヨウ アサキ ヨシハル

社会福祉法人聖隷福祉事業団 淡路栄光園 理事長 青木 善治

ウ・窓口での現金によるお支払い

月曜日～金曜日（祝・祭日除く）

8：30～17：00

6 虐待防止、身体拘束について

当事業所は、常に利用者の人格を尊重する観点に立ち、虐待防止のための指針を整備し、虐待防止の為の対策を定期的に検討していきます。又、担当者を置き、研修等を通じて職員に周知徹底を図ることで、ご利用者の人権を擁護します。利用者への虐待防止に必要な措置を講じます。また、利用者及び他の利用者等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、利用者等の身体拘束その他利用者の行動を制限することはいたしません。

7 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。

苦情受付担当者	担当者名：大田原 充明（おだはら みつあき） 受付方法：面接、電話 0799（72）2938 受付時間：8：30～17：00 園長に直接会って話し合いを希望する場合は、上記の職員に連絡をして下さい。
苦情解決責任者	園長：山浦 真佳（やまうら まさよし）
第三者委員	第三者委員は、利用者と施設の間にはいて、問題を公平、中立な立場で円滑、円満に解決する為に設けられた制度です。 氏名：大畑 和典氏（淡路市民生児童委員連合会会長） 森 孝宏氏（淡路市社会福祉協議会 地域支えあいセンターいわや センター長）
苦情受付箱	匿名での苦情については、園内に投書箱を設置しています。

（2）行政機関その他苦情受付機関

淡路市役所 健康福祉部 地域福祉課	所在地：兵庫県淡路市生穂新島8 電話番号 0799（64）0001 F A X 0799（64）2500
----------------------	---

国民健康保険団体連合会	所在地 : 兵庫県神戸市中央区三宮町1丁目9番1-1801 電話番号 078 (332) 5617 F A X 078 (332) 5650
-------------	---

8 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、利用者の記録や情報を適切に管理し、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、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 8:30~17:00 (土日祝祭日は除く)

9 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	社会福祉施設総合保険
補償の概要	対人・対物賠償、管理財物、人格権侵害、経済的損害、事故対応費用、対人見舞費用

10. 非常災害時の対応

非常時の対応	別途定める「介護老人福祉施設 淡路栄光園」消防計画に基づき対応します。
平常時の訓練および防災設備	別途定める「介護老人福祉施設 淡路栄光園」消防計画に基づき年間2回以上、夜間および昼間を想定した避難訓練を実施します。 設備名称 設備の有無または個数等 スプリンクラー……………あり 自動火災報知機……………あり 避難誘導灯……………あり ガス漏れ報知器……………あり 防火扉……………あり 屋内消火栓……………あり 非常通報装置……………あり 非常用電源……………あり 防災カーテン……………全室に使用
消防計画等	消防署への届け出日 平成28年7月28日 防火管理者 山浦 真佳

11 その他重要事項

事故発生時の対応	事故発生の防止の為に安全対策担当者を置き、常に事故の発生防止に取り組めます。又、サービス提供中に利用者に賠償すべき事故が発生した場合、その損害を賠償いたします。
感染症の予防、発生時の対応	当事業所では、感染症が発生し、蔓延しないように、委員会の設置、指針の整備、研修及び訓練を年2回以上実施する等必要な措置を講じます。
業務継続計画	当事業所では、感染症や災害が発生した場合であっても、利用者に必要なサービスが安定的・継続的に提供されるように業務継続計画を予め策定し、必要な研修や訓練を定期的実施します。感染症や災害発生時には、計画に沿って速やかに必要な措置を講じます。

12 その他留意事項

来訪・面会	面会時間は8時から20時となっております。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。来訪時には、面会カードに必要事項をご記入ください。
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。
喫煙	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。
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、許可無く他の利用者の居室への立ち入りはご遠慮ください。
宗教・政治活動	当事業所内での他の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。
暴力団関係者の活動	利用者が暴力団関係者における不当な行為の防止等に関する法律（兵庫県暴力団排除条例・兵庫県条例 35 号）に基づき、暴力団関係者又は、利害関係者であることが判明した場合は必要な措置を講じます。また、施設をその事務所その他の活動拠点に供することを禁止します。
感染症対策	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、感染防止の為に、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	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、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	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。
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、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。 ① 身元引受人は、利用者の利用料等の経済的な責務について、利用者と連携して、その責務の履行義務を負うことになります。 ② 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 利用者が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 28 年 9 月 1 日 施行

平成 29 年 4 月 1 日 改訂

令和 1 年 10 月 1 日 改訂

令和 2 年 9 月 1 日 改訂

令和 3 年 4 月 1 日 改訂

令和 3 年 8 月 1 日 改訂

令和 5 年 4 月 1 日 改訂

指定障害福祉サービス 短期入所

特別養護老人ホーム 淡路栄光園 利用同意書

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。

兵庫県淡路市岩屋 3373

社会福祉法人 聖隷福祉事業団

短期入所 特別養護老人ホーム 淡路栄光園

説明者 _____ 印

西暦 年 月 日

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しました。

利用者住所 _____

利用者氏名 _____ 印

上記代筆者住所 _____

上記代筆者氏名 _____ 印

(利用者との続柄等 : _____)

身元引受人住所 _____

身元引受人氏名 _____ 印