

# 指定障害者支援施設サービス

## 障害者支援施設 浩明寮

### 重要事項説明書

### 利用契約書

当施設はご契約者に対して指定障害者支援施設サービスを提供します。施設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次の通り説明します。

※ 当施設では、利用者様に対して生活介護、施設入所支援の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の支給決定を受けた方が対象となります。

#### ◆◆ 目次 ◆◆

1 事業主体概要について.....	2
2. ご利用施設概要について.....	2
3. 居室・主な設備の概要について.....	2
4. 職員の配置状況について.....	3
5. 当施設が提供するサービスの内容について.....	4
6. 利用料金について.....	6
7. 身元引受人について.....	9
8. 虐待及び苦情の受付について.....	9
9. 事故発生時の対応について.....	10
10. 身体拘束について.....	10
11. 個人情報保護について .....	11
12. 施設利用の留意事項 .....	12
◆ 指定障害者支援施設利用契約書 .....	13
◆ 個人情報使用同意書.....	21

## 1. 事業主体概要について

- (1) 法人名 社会福祉法人 幸輪福祉会  
(2) 法人所在地 福岡県筑後市大字鶴田 555 番地 1  
(3) 電話番号 0942-53-8450  
(4) FAX 番号 0942-53-8431  
(4) 代表者氏名 理事長 牛島 譲  
(5) 設立年月日 昭和 46 年 5 月 31 日

## 2. ご利用施設概要について

- (1) 施設の種類 指定障害者支援施設 平成 22 年 4 月 1 日 指定  
(2) 施設の目的 当施設は、身体上の著しい障害のために常時介護を必要とする人に生活支援及び身体機能の保持、精神的安定を図り利用者様の立場に立った適切かつ効果的な施設障害福祉サービスを提供することを目的とします。  
(3) 施設の名称 障害者支援施設 浩明寮  
(4) 施設の所在地 福岡県筑後市大字鶴田 606 番地  
(5) 電話番号 0942-53-2324  
(6) 施設長（管理者） 藤村 健太郎  
(7) サービス管理責任者 水島 政春  
(8) 当施設の運営方針  
社会的自立を支援する障害者支援施設として多様化する利用者様のニーズに対するサービスの質的向上と経営的視点を持った効率的運営を行い、また利用者様のご家族、地域及び関係機関・団体との連携を密にした施設運営を行う。  
(9) 開設年月日 昭和 49 年 4 月 1 日  
(10) 利用定員 日中活動支援 60 名（生活介護型 60 名）  
施設入所支援 60 名 短期入所（空床型）

## 3. 居室・主な設備の概要について

当施設では以下の居室・設備をご用意しています。居室については、個室、2 人部屋です。

（利用者様の心身の状態に合わせ、よりよい部屋を提供させて頂きます）

居室の種類	室数・平米数	備 考
個室（1 人部屋）	12 室 10.63 m <sup>2</sup> ～	
2 人部屋	24 室 23.83 m <sup>2</sup> ～	
主 な 設 備	室 数	備 考
食堂兼集会所	3 室	食卓テーブル、液晶テレビ、冷蔵庫
機能訓練室	1 室	肩関節回旋運動機、平行棒 歩行訓練用階段、自転車
浴 室	1 室	一般浴・機械浴・特殊浴槽
医 务 室	1 室	
静 養 室	1 室	

#### 4. (1) 職員の配置状況について

(生活介護、機能訓練、短期入所、仁愛荘との兼務を含む)

当施設では、利用者様に対してサービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況及び勤務体制> ※ 職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	人員	勤務時間	
管理者（施設長）	1	(日勤)	9:00 ~ 17:30
医師（非常勤）	2	(水曜) (金曜)	14:00 ~ 15:00 10:00 ~ 11:00
看護職員	3名以上	(早出) (日勤) (夜勤1) (夜勤2)	8:00 ~ 16:30 9:00 ~ 17:30 16:00 ~ 9:00 17:00 ~ 9:00
機能訓練指導員	1	(日勤)	9:00 ~ 17:30
サービス管理責任者	1	(日勤)	9:00 ~ 17:30
生活支援員（相談）	1名以上	(日勤)	9:00 ~ 17:30
管理栄養士	1	(日勤)	9:00 ~ 17:30
生活支援員（介護）	24名以上	(早出) (日勤) (遅出) (夜勤)	7:00 ~ 15:30 9:00 ~ 17:30 9:30 ~ 18:00 16:00 ~ 9:00
調理員	4名以上	(早出) (日勤) (遅出)	7:00 ~ 15:30 9:00 ~ 17:30 9:30 ~ 18:00
事務員	1名以上	(日勤)	8:30 ~ 17:00

#### (2) 職員の職務内容

職種	職務の内容
管理者（施設長） 部長 サービス管理責任者	施設長（管理者）は、従事者の管理、障害者支援施設の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている事業の実施

生活支援員（相談）	に關し、施設の従事者に対し遵守させるために必要な指揮命令を行うほか、利用者様並びにそのご家族に対しその内容等について必要な説明を行う。 サービス管理責任者は、個別支援計画を策定するとともに、利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業に対する照会等により、その者の心身の状況、当該施設以外における指定障害福祉サービス事業等の利用状況を把握し、利用者様の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者様が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討する。
医 師	利用者様の診察、健康管理及び保健衛生指導に従事する。
看護職員	利用者様の診察補助及び看護並びに保健衛生管理に従事する。
機能訓練指導員	理学療法士又は作業療法士又は機能訓練指導員は、自立訓練において、利用者様が自立した日常生活又は社会生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、介護等に従事する。
管理栄養士	献立作成、栄養管理・栄養ケアマネジメント、療養食の提供、栄養量計算及び食事記録、調理員の指導等の食事業務全般並びに栄養指導に従事する。
生活支援員（介護）	利用者様の心身の状況に応じ、利用者様の自立の支援と日常生活の充実に資するための適切な介護等に従事する。
調理員	給食業務に従事する。
事務員	庶務及び会計業務に従事する。

## 5. 当施設が提供するサービスの内容

当施設では、利用者様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

費用の 9 割が給付対象となります。その費用を施設が代理受領する場合には、利用者負担分として利用者負担上限額等が適用されない場合、サービス利用料の 1 割を施設にお支払いいただきます。食費・光熱水費は除きます。なお、介護給付費が給付される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、一旦全額を施設にお支払い頂きます。

#### 〈サービスの内容〉

##### ① 日常生活の支援

###### [個別支援計画の作成]

- 利用者様の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した個別支援計画を作成します。

#### [食事の提供]

- ・栄養・利用者様の身体の状況・希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。  
朝食（07：50～08：30）、昼食（11：50～12：30）、夕食（16：50～17：30）

#### [入浴]

- ・入浴・清拭は、毎週2回行います。利用者様の身体の状況と希望を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるようめざし、入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

#### [排泄]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

#### [着脱衣]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、着脱衣の自立に向けた支援を行います。

#### [整容]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、整容の自立に向けた支援を行います。

### ② 医療及び健康管理

#### [医療]

- ・嘱託医師による診察、治療

医療機関名 高良台リハビリテーション病院

医師名 永田 剛（循環器内科）、綾部 光芳（神経内科）

診察日 毎週 水曜日（14：00～15：00）、金曜日（10：30～11：30）

服薬管理は、看護師が行います。なお、利用者様が専門医師等の診察・治療を要することになった場合には嘱託医師の判断により紹介する医療機関において受診・治療を受けることが出来ます。その場合はご家族に連絡し当施設より送迎いたします。但し、当施設利用以前から通院されてある医療機関への通院を引き続き希望される場合及び嘱託医師の紹介する医療機関以外の医療機関を指定される場合は送迎はいたしません。

### ③ 社会活動の支援

#### [日常生活指導]

地域において自立した社会生活を送るための機能向上等を目指した指導

#### [余暇活動]

#### [その他の社会活動]

### ④ 相談援助

利用者様の意思を尊重しながら、いろいろな悩み事や心配事の相談に応じ安心できる生活支援をいたします。

### ⑤ 機能訓練（リハビリ）

利用者様が自立した日常生活及び社会生活を営むのに必要な機能の向上及び減退防止のために、適切な技術によるリハビリテーションを実施いたします。

### （2）支援の対象外サービス

下記のサービスについては、介護給付費、訓練等給付費の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、サービスを提供し、所定の料金をお支払いいただきます。なお、下記の所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむをえ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か月前までにご説明します。

- ① 食費（補足給付等の負担軽減措置が別途ございます。）
- ② 光熱水費（補足給付等の負担軽減措置が別途ございます。）
- ③ 特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ④ 介護給付費として支給されない日常生活上の諸費用
- ⑤ 預かり金管理（別途預かり金管理契約を締結して頂き、これに従い管理を行います。）
- ⑥ その他

※ 介護給付費、訓練等給付費の対象外の各サービスについて、それぞれの一覧表

	項目
給付費に含まれないもの	<ul style="list-style-type: none"> <li>① 食事に係る自己負担額 1,430円/日</li> <li>② 光熱水費に係る自己負担額 10,000円/月</li> <li>③ 預り金管理料（現金、預金通帳、定期預金証書、各種年金証書、印鑑等） 500円/月</li> <li>④ 特別に必要な医療器具等（大量のガーゼ、テープ他）</li> <li>⑤ 特殊な医療用器具等（ユリドーム、デリケア・ペースト、ウロガード、ラ・パック、パテ、サニーナ等）</li> <li>⑥ 利用者様に希望を募っての旅行必要経費（宿泊費、交通費等）</li> <li>⑦ 理美容代 実費</li> <li>⑧ 私物のクリーニング代 実費</li> <li>⑨ クラブ活動費</li> <li>⑩ コピー代 10円／枚（カラーコピー50円／枚）</li> </ul>

## 6. 利用料金について

### 【利用料金、その他のお支払いについて】

利用料利用者負担額及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。又、上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 15 日までに発送します。下記のいずれかの方法によりお支払いください。

#### ① 口座振替

サービス利用月の翌月 20 日又は 25 日に口座より引き落としとなります。（口座については入所後、西日本シティ銀行で利用者様名義の御通帳を作成して頂きます）但し、月の半ばからの新規のご利用や処理の都合等により口座振替が間に合わない場合若しくは口座振替ができなかった場合は、下記②、③の方法により速やかにお支払いをお願い致します。

#### ② 口座振込

サービスご利用月の翌月末までに指定の金融機関にお振り込みお願い致します。尚、お振込手数料はご本人さま負担となりますのでご了承下さい。

#### ③ 窓口支払

サービスご利用月の翌月末までに事務所でお支払いお願い致します。

営業時間：9：00～17：00（土、日祭日を除く）

### 【利用料領収書、小口現金・口座出納表、記録や情報の開示について】

- ① 毎月 10 日前後に発行します。
- ② 利用者様の個人ファイルに閉じて、居室に保管してあります。
- ③ その他、利用者様の介護記録・看護日誌等の開示については、隨時、事務所にて受け付けております。受付時間 9:00 ~ 17:00

【サービス利用料金】 (令和6年6月1日改正)

下記の料金表によって、利用者様の障害程度区分に応じたサービス利用料金（自己負担額）と食費と光熱水費の合計金額をお支払い下さい。

(1) 料金表 月額（31日で算定）

	生活保護	市町村民税非課税世帯		一般世帯
		低所得 1	低所得 2	
利用者負担上限額	○	○	○	37,200
食事に係る自己負担額 1,430円/日	44,330			
光熱水費に係る自己負担額 10,000円/月	10,000			
ご負担額合計	54,330	54,330	54,330	91,530

- ※ 食費につきましては日額とさせていただいております。外出等で1日（朝・昼・夕）3食の内全ての欠食でない場合は1,430円ご負担いただきます。
- ※ 光熱水費につきましては月額とさせていただいております。入院・外泊等がございましても在籍がございましたら10,000円ご負担いただきます。
- ※ 食費・光熱水費につきましては市町村より特定障害者特別給付費（補足給付）などの負担軽減措置がございます。

一般世帯の例 1 生活介護型

生活介護型		障害支援 区分6	障害支援 区分5	障害支援 区分4	障害支援 区分3	障害支援 区分2 以下
利 用 料 金	施設入所支援サービス費×31日	110,050	92,070	72,850	57,350	45,570
	生活介護サービス費×23日	262,200	197,340	140,070	126,270	115,690
	夜勤職員配置体勢加算×31日	14,880				
	夜間看護体制加算×31日	18,600				
	栄養マネジメント加算×31日	3,720				
	療養食加算×31日	7,130				
	入所時特別支援加算×30日 (入所日より30日間に限る)	9,000				
	人員配置体制加算×23日	48,760				
	常勤看護職員等配置加算×23日	5,060				
	視覚・聴覚言語障害者支援体制×23日	9,430				
	リハビリテーション加算×23日	4,600				
	福祉専門職員配置等加算×23日	1,380				
	初期加算×30日 (入所日より30日間に限る)	6,900				

福祉・介護職員等処遇改善加算 (施設入所+生活介護)	60,150	50,740	41,900	38,040	35,100
1. 利用料計	561,860	469,610	384,280	351,120	325,820
2. うち市町村より給付される金額	524,660	432,410	345,852	316,008	293,238
3. 自己負担額 (1-2)	37,200	37,200	37,200	35,112	32,582
4. 食事に係る自己負担額	44,330	44,330	44,330	44,330	44,330
5. 光熱水費に係る自己負担額	10,000	10,000	10,000	10,000	10,000
ご負担額合計 (3+4+5)	91,530	91,530	91,530	89,442	86,912

※ 療養食加算につきましては該当される方のみです。

☆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、及び食費、光熱水費といたします。

## (2) 一般世帯（市町村民税課税世帯）の方のその他の利用料金について

☆利用者様が、短期入院又は外泊をされた場合にお支払いいただく 1 日あたりの利用料金は、下記の通りです。

### 8日間迄の入院の場合

1. サービス利用料金	3,200 円
2. うち、市町村から給付される金額	2,880 円
3. 自己負担額 (1-2)	320 円

☆利用者様が、長期入院され、個別支援計画に基づき入院等の支援が必要になった場合は上記金額の 8 日分に加えて下記の利用料金をご負担いただきます。

### 8日間を超えて 90 日迄の入院の場合

1. サービス利用料金	1,910 円×入院日数
2. うち、市町村から給付される金額	1,719 円×入院日数
3. 自己負担額 (1-2)	191 円×入院日数

(入院日数は 8 日間を超えた日数)

※上記の日数には当該月に外泊された日数が含まれる場合があります。

## (3) サービス利用の取り消し（キャンセル）について

☆利用者様が、サービス利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の 3 日前までに当施設までお申し出ください。

☆なお、3 日前以降のお申し出の場合、下記キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）	1,000 円
------------------	---------

## 7. 利用者様が医療機関に入院された場合の対応

### (1) 1 ヶ月で 8 日間を超える入院の場合

短期入院期間を超える入院については、3 ヶ月以内に退院された場合には退院後、再度施設の利用ができます。

### (2) 3 ヶ月を跨ぐ入院の場合

3 ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、3 ヶ月目の末日で契約を解除することができます。また、優先的に再度施設を利用することはできません。

## 8. 利用者様の身元引受人について

利用者様は、次の各号に掲げる役割をすべて承諾する六親等内の血族、配偶者又は三親等内の姻族（以下「親族」という。）を身元引受人としてあらかじめ2名定めるものとします。

### （1）連帯保証人として以下の義務を負うこと

- ア 利用者様と連帯して本契約から生じる利用者様の債務を負担する義務
- イ 上記アに定める連帯保証人の負担は、400,000円を限度とする。
- ウ 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者様又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとする。
- エ 上記アの債務には、利用者様が施設に対して負う損害賠償義務のほか、利用者様が退居ないし、死亡等された場合の居室等の原状回復費用の支払義務（施設が第三者に依頼する等して原状回復を行う場合の費用相当額の支払義務を含む）を含むものとする。

### （2）身元保証人として利用者様に代わって以下の行為を行うこと

- ア 各種サービス契約の締結
- イ 個別支援計画、サービス提供方針・方法の同意
- ウ 治療方針の同意（看取り・延命治療等）
- エ 医療行為の同意（予防接種・処置・手術・検査等）
- オ 緊急連絡先となること。
- カ 利用者様に代わって医療機関における入院等の諸手続を行うこと。
- キ 利用者様が退居、死亡された場合に相続人の同意を得た上で預り金の返還を受けること。
- ク 利用者様の依頼の下、日常的な金銭管理を行うこと。
- ケ 利用者様が死亡された場合の遺体及び遺留品等の引き取り
- コ 利用者様の生活において必要な場合に事業所の要請に応じて協議等を行うこと。

### （3）前項の規定にかかわらず、身元引受人を承諾する親族が1名しかいない場合において、施設が特別な事情があると認めるときは、身元引受人は親族以外を含めて2名でよいこととします。

### （4）施設は、利用者様の生活において必要な場合には、身元引受人へ連絡をとり、協議等を行うものとします。

### （5）施設は、利用者様が要介護状態等にある場合には、利用者様の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。

## 9. 利用者様の記録や情報の管理、開示について

施設は、関係法令に基づいて、利用者様及びそのご家族の記録や情報を適切に管理し、利用者様又はそのご家族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等の諸費用は、利用者様又はそのご家族の負担となります。）

◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前10:00～午後4:00

## 10. 虐待防止および苦情解決について

### （1）当施設における虐待及び苦情の受付

当施設における虐待及び苦情等のご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○虐待及び苦情受付窓口（担当者）

〔サービス管理責任者〕水島政春

〔部長〕川口登紀子

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前 10：00～午後 4：00

○虐待及び苦情解決責任者 〔施設長〕 藤 村 健 太 郎

○第三者委員 〔法人監事〕 末 次 幸 洋 連絡先 0942-75-8613

小郡市美鈴が丘2丁目16番地19

〔法人監事〕 大 渕 賢 連絡先 090-1088-6643

筑後市大字熊野 271-9 山崎ビル 303 号

## （2）行政機関その他、虐待防止及び苦情解決

### 対応受付機関

福岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 電話番号 FAX 番号 受付曜日 受付時間	春日市原町3丁目1番地7(クローバープラザ内) 092-915-3511 092-584-3790 毎週月曜日～金曜日 午前 09：00～午後 5：00
筑後市福祉課障害支援係	所在地 電話番号	筑後市山の井 898 0942-65-7022
福祉サービス支給決定市 町村	所在地 電話番号	
福岡県障がい者福祉課	電話番号 受付曜日 所在地 電話番号 受付時間	092-915-3511 午前 09：00～午後 5：00 福岡市博多区東公園 7番7号(県庁) 092-651-1111(代表) 午前 09：00～午後 5：00

### 11. 事故発生時の対応方法について

利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。また、利用者様に対する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、損害賠償を速やかに行います。

### 12. 身体拘束について

(1) 利用者様の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者様の行動を制限しません。

(2) 緊急やむを得ない場合については、身元引受人の方の同意を得て、別紙(身体拘束に関する説明書)に記名・捺印を頂きます。(拘束期間を定め早期に解除出来るよう努めます。)

※当施設では拘束ゼロに向けて努力していますが、対応困難な場合または認知症により当施設での生命維持や生活、介護が困難と判断した場合は対応が可能な施設を紹介させて頂きますので他施設等への移行をお願いする場合もございます。

### 13. 個人情報保護について

(1) 事業者及びサービス従業者は、サービスを提供するうえで知り得た利用者様及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

なお、この守秘義務は、契約終了後も同様です。

(2) 事業者は、利用者様が通院・入院する事になった場合には、当該病院の医師又は歯科医師に対し、利用者様の診療状況に関する情報を提供できるものとします。

尚、以下の項目に該当する場合はご家族の連絡先等に関する情報を提供できるものとします。

- ① 入院または通院の際に病院がご家族への直接連絡を求める場合
- ② 行政（県・市町村）がご家族への直接連絡を求める場合

(3) 事業者は、利用者様の個人情報を用いる場合は利用者様の同意を、利用者様のご家族の個人情報を用いる場合はご家族の同意を予め文書で得ない限り、利用者様、利用者様のご家族の個人情報を用いません。

(4) 個人情報の利用目的

#### 【本人へのサービス提供に必要な利用目的】

##### 1. 事業者の内部での利用に係る事例

- ① 当該事業者が本人等に提供する下記のサービス  
＜生活介護、治療健康管理、社会参加支援、地域生活介護、相談支援ケアマネジメント、給食＞
- ② 施設の管理運営業務のうち
  - ・入退所の管理
  - ・会計、経理
  - ・事故等の内部報告
  - ・苦情解決のための調査・報告
  - ・会議での福祉サービスの向上のための話し合い

##### 2. 他の事業者等への情報提供を伴う事例

- ① 当該事業者が利用者様等に提供するサービスのうち
  - ・嘱託医及び他の医療機関等との連携
  - ・民間の移送サービス事業者等からの照会への回答
  - ・民間の理美容サービス事業者からの照会への回答
  - ・他の障害支援事業者及び行政機関等から意見・助言を求める場合
  - ・幸輪福祉社会情報システム開発の業務委託
  - ・ご家庭等への状況等の説明

#### 【上記以外の利用目的】

##### 1. 事業者の内部での利用に係る事例

- ① 事業者の管理運営業務
  - ・理事会 評議員会での法人運営の資料として
  - ・福祉サービスや業務維持・改善のための基礎資料
  - ・事業者内において行われる学生の実習への協力
  - ・事業者内において行われるボランティア活動への協力
  - ・事業者内において行われるケース研究
  - ・その他これに類するもの

##### 2. ホームページ及びパンフレット等の広報活動での施設行事等の写真の掲載

※但し掲載された個人が特定できる画像について利用者様、ご家族から削除依頼があった場合は速やかに削除いたします。またホームページへの画像の掲載を希望されない場合は別紙（個人情報の使用に係る承諾書）に記名・捺印いただきます。

#### 14. 施設利用の留意事項

##### (1) 面　　会

面会の際は事前に従事者に連絡をお願い致します。面会時は面会簿に必要事項をご記入下さい。なお、感染性疾患に罹患している方の面会はお断りします。

- ・面会場所 1F ホール、面会室
- ・面会時間 原則午前 10：00～11：30 午後 02：00～04：30

##### (2) 外　　出

外出は管理者（施設長）の許可によりできます。外出は事前に従事者に申し出てください。

- ・外出時間 原則 09：00～17：30
- ・単独での外出は社会適応評価により可否を判定します。
- ・食事のキャンセルを伴う外出の場合は、3日前（休日をはさむ場合 4日前）までに従事者まで申し出て下さい。
- ・外出中の事故等については一切の責任を負いかねます。

##### (3) 外　　泊

外泊は原則として 1 泊 2 日とし、管理者（施設長）の許可によりできます。外泊は事前に従事者に申し出てください。ただし盆、年末年始はこの限りではありません。

- ・緊急やむを得ない場合を除いて 3日前（休日をはさむ場合 4日前）までに従事者まで申し出て下さい。
- ・外泊中の事故等については一切の責任を負いかねます。

##### (4) 噫　　煙

喫煙所以外は全面禁煙となっています。喫煙は 6：30～21：30 までです。

##### (5) 飲　　酒

飲酒は嘱託医の許可があれば月に 10 日程度、夕食時に食堂で可能です。ただし他の利用者様の迷惑にならないようにお願いします。居室での飲酒、酒類の保管は固く禁止します。

#### 15. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

当施設では福祉サービスの第三者評価の受審はありません。

# 「指定短期入所事業利用契約」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当施設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、当施設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。

※当施設では、利用者様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、原則として居宅生活支援費の支給決定を受けた方が対象となります。

## ◆ ◆ 目 次 ◆ ◆

1. 施設	2
2. 利用施設	2
3. 居室の概要	2
4. サービス提供日及びサービス提供時間	4
5. 職員の配置状況	4
6. 当施設が提供するサービスと利用料金	6
7. 身元引受人について	10
8. 利用者様の記録や情報の管理、開示について	11
9. 苦情の受け付けについて	11
10. 虐待の受け付けについて	12
11. 事故発生時の対応について	12
12. 心身の状況の把握	12
13. 連絡調整に対する協力	12
14. 他の指定障害福祉サービス施設等との連携	12
15. サービス提供記録	13
16. 指定短期入所サービス内容の見積もりについて	13
17. 苦情解決の体制及び手順	13
18. 施設利用の留意事項	13
19. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	14

社会福祉法人 幸輪福祉会 障害者支援施設 浩明寮

当施設は指定障害者支援施設の指定を受けています。

(福岡県指定 第4012300028)

## 1. サービスを提供する施設

名 称	社会福祉法人 幸輪福祉会
所 在 地	福岡県筑後市大字鶴田 555 番地 1
電話 番号	0 9 4 2 - 5 2 - 7 1 4 5
FAX 番号	0 9 4 2 - 5 2 - 7 1 4 6
代表者氏名	理事長 牛 島 譲 厳
設立年月日	昭和 4 6 年 5 月 3 1 日

## 2. 利用施設

施設の種類	指定障害者支援施設（平成 2 2 年 4 月 1 日）
サービスの 主たる対象者	(1) 身体障害者 (2) 知的障害者
施設の名称	障害者支援施設 浩 明 寮
施設の所在地	福岡県筑後市大字鶴田 6 0 6 番地
電 話 番 号	0 9 4 2 - 5 3 - 2 3 2 4
施設長(管理者)	川 口 和 宏
サービス管理責任者	水 島 政 春
事業所の通常 の事業実施地域	筑後市、八女市、久留米市、みやま市、大川市、柳川市、大牟田市、 大木町、広川町
施設の目的	利用者様及び利用者様の保護者（以下「利用者様等」という。）の意 思及び人格を尊重し、利用者様等の立場に立った適切な短期入所の 提供を確保することを目的とする。
施設運営方針 について	社会的自立を支援する障害者支援施設として多様化する利用者様の ニーズに対するサービスの質的向上と経営的視点を持った効率的 運営を行い、また利用者様のご家族、地域及び関係機関・団体との 連携を密にした施設運営を行う。
開設年月日	昭和 4 9 年 0 4 月 0 1 日（1974/ 04 / 01）
実施方式	空床利用型
利 用 定 員	空き床

## 3. 居室の概要

### (1) 居室の概要

居室・設備の種類	室数	m <sup>2</sup>	備 考
個室（ベッド）	12 室	10.63 m <sup>2</sup> ～	冷暖房設置、収納タンス、電動ベッド (12)
2 人部屋（ベッ ド）	24 室	23.83 m <sup>2</sup> ～	冷暖房設置、収納タンス、電動ベッド (48)

## (2) 居室以外の施設設備の概要

当施設では、居室以外に下記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、指定障害者支援施設に設置が義務づけられている施設・設備です。（但し、設備に関する基準は、指定障害者支援施設の経過措置－基準附則第3条－に基づきます。）これらの利用については、利用者様に特別にご負担いただく費用はありません。

設備の種類	室数	備考
食堂兼集会所	3室	食卓テーブル、液晶テレビ、冷蔵庫、温冷配膳車、ティーサーバー
浴室	2室	シャワー、入浴用イス、特殊浴槽
エレベーター	2台	インターホン
便所	10室	ナースコール、排便車
医務室	1室	(仁愛荘と合同看護) 回診車、シンメルブッシュ、オートクレープ、ケッテル、電子血圧計、車イス用体重計、身長計、注射台、処置台
静養室	1室	(仁愛荘と合同看護)

### ※ 非常災害設備等

自家発電装置、スプリンクラー設置、非常通報装置、自火報受信機、屋内消火栓、消火器、発信機（押しボタン）、ベル、表示灯、避難誘導灯、廊下通路誘導灯、避難用滑り台

## (3) 利用に当たって別途利用料金をご負担いただく施設・設備

種類	内容	備考
電話	電報料金 FAX料金	NTT（115番）の請求金額
コピー機 プリンター	コピー料金	1枚につき10円 (カラーコピー30円)

※ 上記は、障害者福祉サービスの対象とならないため、ご利用の際は、利用者様に別途利用料金をご負担いただきます。

## (4) 施設・設備上の注意事項

当施設において、居室その他の施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意ください。

- ① 火気等の危険物の持ち込みは、禁止します。
- ② 他人への迷惑になる様な布教活動、及び政治活動は、禁止します。
- ③ 他人への暴言、暴力行為は、禁止します。
- ④ 物品の宣伝、販売等の営利行為は、禁止します。
- ⑤ 施設より外出するときは、必ず職員に申し出て下さい。

- ⑥ 故意に、施設・設備を壊したり、汚したりした場合は、利用者様に自己負担により原状に復していただくか、または相当の代価を支払っていただく場合があります。
- ⑦ その他、施設長（管理者）が不都合と思われる行為が遭った場合は、禁止することあります。

#### 4. サービス提供日及びサービス提供時間

- (1) 営業日　日曜日から土曜日までとする。
- (2) 午前9時から午後5時30分までとする。
- (3) 上記の営業日、営業時間のほか、電話等により24時間常時連絡が可能な体制とする。

#### 5. 職員の配置状況

職種	常勤換算	常勤	非常勤	指定基準	備考
1. 施設長（管理者）	1名	1名	名	1名	
2. サービス管理責任者	1	1		1以上	
3. 理学療法士	1	1		平均障害支援区分による	
4. 作業療法士	0	0			
5. 機能訓練指導員					
6. 看護師	4	4			
7. 生活支援員	33.5	34			
8. 管理栄養士	1	1		1以上	
9. 調理員	5	5		1以上	
10. 事務員	1	1		1以上	

指定基準	(身体障害者福祉法に基づく指定居宅支援施設等の人員・設備及び運営に関する基準(平成14年6月13日厚生労働省令第78号) 第二節 人員に関する基準
------	--

当施設では、利用者様に対して指定障害者支援施設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。

#### <主な職員の配置状況>

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

<主な職員の勤務体制>

職種	勤務時間
1. 施設長（管理者）	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（月～金） 09：00～17：30 各1名
2. サービス管理責任者	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（月～金） 09：00～17：30 各1名
3. 事務員	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（月～金） 08：30～17：00 1名
4. 生活支援員	標準的な時間帯における最低配置人員 日 勤 09：00～17：30 12名 早 勤 07：00～15：30 4名 遅 勤 10：00～18：30 4名 夜 勤 16：00～09：00 3名
5. 理学療法士 作業療法士	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（月～金） 09：00～17：30 各1名
6. 看護師	標準的な時間帯における最低配置人員 (仁愛荘と合同看護) 日 勤 09：00～17：30 2名
7. 管理栄養士	標準的な時間帯における最低配置人員 日勤（月～金） 09：00～17：30 1名
8. 調理師（員）	標準的な時間帯における最低配置人員 (浩明寮と合同調理) 早 勤 07：00～15：30 2名 日 勤 09：00～17：30 1名 遅 勤 09：30～18：00 2名

☆土、日・祭日は上記と異なります

<主な職員の職務内容>

職種	職務内容
1. 施設長（管理者） 部長 サービス管理責任者 生活支援員（相談）	施設長（管理者）は、職員の管理、障害者支援施設の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている事業の実施に関し、施設の職員に対し遵守させるために必要な指揮命令を行うほか、利用者様並びにそのご家族に対しその内容等について必要な説明を行う。 サービス管理責任者は、個別支援計画を策定するとともに、利用申込者の利用に際し、その者に係る指定障害福祉サービス事業に対する照会等により、その者的心身の状況、当該施設以外における指定障害福祉サービス事業等の利用状

	況を把握し、利用者様の心身の状況、その置かれている環境等に照らし、利用者様が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討する。 また、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者様に対し必要な援助を行うとともに、他の従事者等に対する技術指導又は助言を行う。
2．事務員	必要な事務を行う。
3．生活支援員	生活支援員は、利用者様の心身の状況に応じ、利用者様の自立の支援と日常生活の充実に資するための適切な介護等に従事する。
4．理学療法士 作業療法士	理学療法士又は作業療法士は、自立訓練において、利用者様が自立した日常生活又は社会生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、介護等に従事する。
5．看護職員	看護職員は、利用者様が必要とする看護を適切に行うとともに、必要に応じ利用者様が自立した日常生活又は社会生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練、介護等に従事する。
6．管理栄養士	栄養士は、献立の作成、栄養管理、食品の管理、及び調理業務の指導を行う。
7．調理師（員）	利用者様に提供する食事の調理等を行う。

## 6. 当施設が提供するサービスとご利用料金

当施設では、利用者様に対して以下のサービスを提供します。

当施設が提供するサービスについて、

- (1) 支援費の給付対象となるサービス
- (2) 利用料金の全額を利用者様に負担いただくサービス ((1) 以外のサービス)

があります。

### (1) 支援費の対象となるサービス

費用の9割が給付対象となります。その費用を施設が代理受領する場合には、利用者負担分として利用者負担上限額等が適用されない場合、サービス利用料の1割を施設にお支払いいただきます。食費・光熱水費は除きます。なお、支援費が給付される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、一旦全額を施設にお支払い頂きます。

## <サービスの概要>

### ① 日常生活の支援

#### [食事の提供]

- ・栄養・利用者様の身体の状況・希望や嗜好を考慮した食事の提供をおこないます。

朝食（07：50～08：30）、昼食（11：50～12：30）、夕食（16：50～17：30）

#### [入浴]

- ・入浴・清拭は、毎日行います。利用者様の身体の状況と希望を伺った上、できる限り自立して清潔保持が可能となるようめざし、入浴が困難な場合には清拭をおこなうなど適切な方法で実施します。

#### [排泄]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、排泄の自立に向けた支援を行います。

#### [着脱衣]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、着脱衣の自立に向けた支援を行います。

#### [整容]

- ・利用者様の心身の能力を最大限活用し、整容の自立に向けた支援を行います。

### ② 医療及び健康管理

#### [医療]

協力医療機関は下記のとおりです。

協力医療機関 1 姫野病院

協力医療機関 2 柳病院

協力医療機関 3 大石デンタルクリニック（歯科）

協力医療機関 4 八女リハビリ病院

#### [服薬交換]

利用者様の服薬の時間を遵守及び管理いたします。

### ③ 社会活動の支援

#### [日常生活指導]

地域において自立した社会生活を送るための機能向上等を目指した指導

#### [余暇活動]

#### [その他の社会活動]

### ④相談援助

利用者様の意思を尊重しながら、いろいろな悩み事や心配事の相談に応じ安心できる生活支援をいたします。

## (2) 支援の対象外サービス

下記のサービスについては、支援費の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、別紙の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払いいただきます。なお、下記の所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむをえ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、変更を行う前までにご説明します。

- ① 食費
- ② 光熱水費
- ③ 特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ④ 支援費として支給されない日常生活上の諸費用
- ⑤ 預かり金管理  
金銭をお預かりする場合は、別途預かり金管理契約を締結して頂き、これに従い管理を行います。
- ⑥ その他

※ 支援費の対象外の各サービスについて、それぞれの一覧表

	項	目
(イ) 給付費に含まれないもの	① 食事に係る自己負担額 朝食 310 円 昼食 510 円 夕食 610 円 ② 光熱水費に係る自己負担額 328 円/日 ③ 送迎サービス（通所等） (ア) 事業所から片道 10 km未満 200 円 (イ) 事業所から片道 10 km以上 400 円 ④ 特殊な医療用器具等（ユリドーム、デリケア・ペースト、ウロガード、ラ・パック、パテ、サニーナ等） ⑤ 個人希望に応じての新聞、雑誌代 ⑥ 利用者様の自由参加によるクラブ活動に係る費用 ⑦ 理美容代 実費 ⑧ 私物のクリーニング代 実費 ⑨ 豊沢品の購入 ⑩ 化粧品 ⑪ コピ一代 10 円／枚（カラーコピー30 円／枚）	

## <サービス利用料金>

### 一般世帯の例

		障害支援 区分 6	障害支援 区分 5	障害支援 区分 4	障害支援 区分 3	障害支援 区分 2 以下
利 用 料 金	サービス利用料金	9,020	7,660	6,330	5,690	4,970
	短期利用加算			300		
	栄養士配置加算			220		
	食事提供体制加算			480		
	介護職員等特定処遇改善加算	190	160	140	130	110
	福祉・介護職員処遇改善加算	690	600	510	460	410
	うち市町村より給付される金額	9,810	8,478	7,182	6,552	5,841
	自己負担額(1+2+3+4-5)	1,090	942	798	728	649
	7. 食事に係る自己負担額	1日	1,430	(朝食 310、昼食 510、夕食 610)		
8. 光熱水費に係る自己負担額				328		
ご負担額合計 (6+7+8)		2,848	2,700	2,556	2,486	2,407

### (3) サービス利用の取り消し（キャンセル）について

☆利用者様が、サービス利用を取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の3日前までに当施設までお申し出ください。

☆なお、3日前以降のお申し出の場合、下記キャンセル料をいただく場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）	朝食 200 円 昼食 350 円 夕食 450 円
------------------	----------------------------------

### (4) 利用料金・費用のお支払方法

利用料利用者負担額（介護保険を適用する場合）及びその他の費用の額はサービス提供ごとに計算し、利用月ごとの合計金額により請求いたします。

又、上記に係る請求書は、利用明細を添えて利用月の翌月 10 日までに発送しますので下記のいずれかの方法によりお支払いください。

#### ① 口座振替

サービスご利用月の翌月 20 日又は 25 日にご指定口座より振替させていただきます。但し、月の半ばからの新規のご利用や処理の都合等により口座振替が間に合わない場合若しくは口座振替が出来なかった場合は、下記の②③の方法により速やかにお支払いお願い致します。

② 口座振込

サービスご利用月の翌月末までに指定の金融機関にお振り込みお願い致します。

尚、お振込手数料はご本人さま負担となりますのでご了承下さい。

③ 窓口支払

サービスご利用月の翌月末まで事務所でお支払いお願い致します。

営業時間：9：00～17：30（土、日祭日を除く）

## 7. 利用者様の身元引受人について

1 利用者様は、次の各号に掲げる役割をすべて承諾する六親等内の血族、配偶者又は三親等内の姻族（以下「親族」という。）を身元引受人としてあらかじめ2名定めるものとします。

(1) 連帯保証人として以下の義務を負うこと

ア 利用者様と連帯して本契約から生じる利用者様の債務を負担する義務

イ 上記アに定める連帯保証人の負担は、200,000円を限度とする。

ウ 連帯保証人が負担する債務の元本は、利用者様又は連帯保証人が死亡したときに、確定するものとする。

エ 上記アの債務には、利用者様が施設に対して負う損害賠償義務のほか、利用者様が退居ないし、死亡等された場合の居室等の原状回復費用の支払義務（施設が第三者に依頼する等して原状回復を行う場合の費用相当額の支払義務を含む）を含むものとする。

(2) 身元保証人として利用者様に代わって以下の行為を行うこと

ア 各種サービス契約の締結

イ ケアプラン、サービス提供方針・方法の同意

ウ 治療方針の同意（看取り・延命治療等）

エ 医療行為の同意（予防接種・処置・手術・検査等）

オ 緊急連絡先となること。

カ 利用者様に代わって医療機関における入院等の諸手続を行うこと。

キ 利用者様が退居、死亡された場合に相続人の同意を得た上で預り金の返還を受けること。

ク 利用者様の依頼の下、日常的な金銭管理を行うこと。

ケ 利用者様が死亡された場合の遺体及び遺留品等の引き取り

コ 利用者様の生活において必要な場合に施設の要請に応じて協議等を行うこと。

2 前項の規定にかかわらず、身元引受人を承諾する親族が1名しかいない場合において、施設が特別な事情があると認めるときは、身元引受人は親族以外を含めて2名でよいこととします。

3 施設は、利用者様の生活において必要な場合には、身元引受人へ連絡をとり、協議等を行うものとします。

4 施設は、利用者様が要介護状態等にある場合には、利用者様の生活及び健康の状況並びにサービスの提供状況等を定期的に身元引受人に連絡するものとします。

## 8. 利用者様の記録や情報の管理、開示について

施設は、関係法令に基づいて、利用者様の記録や情報を適切に管理し、利用者様又は、そのご家族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等の諸費用は、利用者様又は、そのご家族の負担となります。)

◇ 閲覧・複写ができる窓口業務時間 午前10:00～午後4:00

### 【個人情報保護について】

- 1 その業務上知り得た利用者様又はそのご家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律その他関係法令等を遵守し、適性に取り扱うものとする。
- 2 施設の職員は、その業務上知り得た利用者様等の秘密を漏らしてはならない。
- 3 施設は、職員であった者に、業務上知り得た利用者様等の秘密を保持するため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、職員との雇用契約の内容とする。
- 4 施設は他の障害福祉サービス施設に対して、利用者様等に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者様等の同意を得るものとする。

## 9. 苦情の受付について

### (1) 当施設における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

#### ○苦情受付窓口（担当者）

〔サービス管理責任者〕 水島政春

〔介護課課長〕 西田広枝

宮原ユカリ

川口登紀子

#### ○受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前10:00～午後16:00

○苦情解決責任者 〔施設長（管理者）〕 川口和宏

○第三者委員 〔法人監事〕 大渕 賢 連絡先 090-1088-6643

筑後市大字熊野 271-9

山崎ビル 303号

〔法人監事〕 末次幸洋 連絡先 0942-53-4876

小郡市美鈴が丘2丁目16番地19

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

福岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 電話番号 受付時間	春日市原町3丁目1番地7（クローバープラザ内） 092-915-3511 午前09:00～午後5:00
福祉サービス支給決定市町村	所在地 電話番号	(代表)

## 10. 虐待の受付について

### (1) 当施設における虐待の受付

当施設における虐待やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○虐待防止受付窓口（担当者）〔サービス管理責任者〕水 島 政 春

○受付時間 毎週月曜日～金曜日

午前 10：00～午後 4：00

○虐待防止対応責任者 〔施設長（管理者）〕 川 口 和 宏

○第三者委員 〔法人監事〕大 渕 賢 連絡先 090-1088-6643

筑後市大字熊野 271-9

山崎ビル 303 号

〔法人監事〕末 次 幸 洋 連絡先 0942-75-8613

小郡市美鈴が丘二丁目 16 番地 19

### (2) 行政機関その他、虐待防止対応受付機関

福岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在 地 電話番号 受付時間	春日市原町3丁目1番地7 (クローバープラザ内) 092-915-3511 午前 09：00～午後 5：00
福岡県障害者福祉課	所在 地 電話番号 受付時間	福岡市博多区東公園7番7号 (県庁) 092-651-1111 (代表) 午前 09：00～午後 5：00

## 11. 事故発生時の対応方法について

利用者様に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用者様のご家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者様に対する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、損害賠償を速やかに行います。

## 12. 心身の状況の把握

指定短期入所の提供に当たっては、利用者様の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

## 13. 絡調整に対する協力

施設は、その他障がい福祉サービス等の利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

## 14. 他の指定障害福祉サービス施設等との連携

指定短期入所の提供に当り、市町村、他の指定障害福祉サービス施設及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

## 15. サービス提供の記録

- ① 指定短期入所の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者様の確認を受けることとします。また利用者様の確認を受けた後は、その控えを利用者様に交付します。
- ② 指定短期入所の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用者様の確認を受けます。
- ③ これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、利用者様は、施設に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。  
(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

## 16. 指定短期入所サービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者様のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成する事が出来ます。

## 17. 苦情解決の体制及び手順

- (ア) 提供した指定短期入所に係る利用者様及びそのご家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(上表に記す【施設の窓口】のとおり)
- (イ) 本施設では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本施設に対するご意見などもいただいています。本施設への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。(上表に記す【第三者委員】のとおり)

## 18. 施設利用の留意事項

### (1) 面会

面会の際は必ず1階受付に届け出て、面会簿に必要事項をご記入下さい。なお、感染性疾患に罹患している方の面会はお断りします。

- ・面会時間 9:00～20:00

### (2) 外出

外出される場合は、事前に申し出て下さい。また、外出時間は 9:00～17:00 を目安にお願いします。

- ・食事のキャンセルを伴う外出の場合は、前々日（休日をはさむ場合3日前）までに職員まで申し出て下さい。
- ・外出中の事故等については一切の責任を負いかねます。

### (3) 喫煙

喫煙所（2Fベランダ）以外は全面禁煙となっています。喫煙は6:30～21:30 までです。

### (4) 飲酒

飲酒は利用者様の主治医の許可（診断書等）があれば夕食時（提供日が限られています）に食堂で可能です。ただし他の利用者様の迷惑にならないようにお願いします。居室での飲酒、保管は固く禁止します。

(5) 金品・貴重品の持ち込み

3万円以上的小遣い銭及び貴重品の持ち込みはご遠慮願います。小遣い銭は必要最小限の金額で自己責任にて管理して下さい。

19. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有	・	無
-------	---	---	---

令和 年 月 日

指定障害福祉サービス（短期入所）の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 障害者支援施設 浩明寮

説明者 職名

氏名 印

私は、本書面に基づいて施設から重要事項の説明を受け、指定障害福祉サービス（短期入所）の提供開始に同意しました。

利用者氏名 印

身元引受人	利用者様の身元引受人 氏名 : _____ 印  住所 : _____  Tel ( ) - Fax ( ) -  利用者様との続柄 : _____		
	連帯保証人	身元保証人	
	印	印	

身元引受人	利用者様の身元引受人 氏名 : 住所 : Tel ( ) - Fax ( ) - 利用者様との続柄 :		印				
	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr><td>連帯保証人</td><td>身元保証人</td></tr> <tr><td>印</td><td>印</td></tr> </table>		連帯保証人	身元保証人	印	印	
連帯保証人	身元保証人						
印	印						
身元引受人	利用者様の身元引受人 氏名 : 住所 : Tel ( ) - Fax ( ) - 利用者様との続柄 :		印				
	<table border="1" style="width: 100px; margin: auto;"> <tr><td>連帯保証人</td><td>身元保証人</td></tr> <tr><td>印</td><td>印</td></tr> </table>		連帯保証人	身元保証人	印	印	
連帯保証人	身元保証人						
印	印						

※ この重要事項説明書は、厚生労働省令第79号（平成14年06月13日）第9条の規定に基づき、利用申込者又はそのご家族への重要事項説明のために作成したものです。