

障がい者支援施設山の手（施設入所支援・生活介護）重要事項説明書

1 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 禎心会		
法人所在地	札幌市東区北47条東17丁目1番1号		
代表者氏名	理事長 徳田 禎久		
電話番号	011-789-1152	ファックス番号	011-789-1278
法人運営施設	障がい者支援施設山の手、生活介護山の手 障がい者支援施設栄町、生活介護栄町 地域密着型老人福祉施設栄町、ショートステイ栄町 デイサービスセンター栄町、居宅介護支援事業所栄町 介護老人福祉施設ら・せれな、デイサービスセンターら・せれな ショートステイら・せれな、居宅介護支援事業所ら・せれな デイサービスセンターら・そしあ、グループホームら・そしあ		

2 事業の概要

事業所の名称	障がい者支援施設山の手		
事業所番号	0110400298（平成24年4月1日指定）		
提供サービス	施設入所支援、生活介護		
主たる対象者	身体障がい者、難病等対象者		
事業所住所	札幌市西区山の手433番地1		
電話番号	011-642-1152	ファックス番号	011-642-1278
管理者	西川 昌慶		
サービス管理責任者	山谷 奈々 佐藤 衛		
利用定員	施設入所支援 76名 生活介護 60名		
運営方針	①事業者は、利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、利用者に対して障がい福祉サービスの提供に努めます。 ②事業の実施にあたっては、利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立った障がい福祉サービスの提供に努めます。 ③事業の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、市町村、他の障がい福祉サービス事業者、その他の保険医療サービス及び福祉サービスを提供する者との連携に努めます。 ④事業の実施にあたっては、前3項のほか、関係法令等を遵守します。		
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、専門研修への参加を図り、職員個々人の研修はもとより事業所内研修も充実させ、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。		

- 4 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、入居者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

第 18 条（緊急時の対応）

事業者は、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに別紙重要事項説明書に記載する協力医療機関に連絡を取るなど必要な対応を講じます。

第 19 条（相談・苦情対応）

- 1 事業者は、利用者又はその家族等からの相談、苦情等に対応する窓口を設置し、施設の整備又はサービスに関する利用者の要望・苦情に対し、迅速かつ誠実に対応します。
- 2 サービス従事者から利用者・ご家族に虐待・ハラスメント行為がある場合は管理者までご連絡ください。
- 3 利用者が苦情の申し立てをしたことにより、何らかの不利益な取り扱いをすることはありません。

第 20 条（裁判管轄）

本契約に関してやむを得ず訴訟となる場合は、利用者及び事業者は利用者の住所地を管轄する裁判所を第一審管轄裁判所とすることを予め合意します。

第 21 条（協議義務）

本契約に定められていない事項について問題が生じた場合には、事業者は障がい者総合支援法その他諸法令の定めるところに従い、利用者又はその家族等と誠意を持って協議するものとします。

第 22 条（第三者評価）

提供するサービスの第三者評価の実施状況を説明し、利用申込者の同意を得なければならない。現時点では、未実施（実施の場合は、実施した直近の年月日、実施した評価機関の名称、評価結果の開示状況を記載する）である。

3 事業の職員体制

職 種	常 勤		非常勤		資 格 等
	専任	兼務	専任	兼務	
①管理者（施設長）		1名			社会福祉主事
②サービス管理責任者	1名	1名			介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員
③生活支援員	29名	2名	3名		介護福祉士
④看護職員	2名	1名			正看護師
⑤機能訓練指導員	2名	1名			作業療法士、理学療法士
⑥管理栄養士		1名			管理栄養士
⑦事務員	4名				

4 配置職員の職務内容

管 理 者	管理者は、事業所の業務を統括する。管理者に事故があるときは、あらかじめ管理者が定めた職員が管理者の職務を代行する。
サービス管理責任者	個別支援計画の作成に従事する。
生活支援員	利用者の日常生活支援に従事する。 利用者の生活相談支援、関係機関との連携やボランティア等地域対応に従事する。
看 護 職 員	健康管理者として、利用者の診察の補助及び看護並びに利用者の保健衛生管理に従事し、日常生活支援を行う。
機能訓練指導員	利用者の機能訓練指導に従事する。
管理栄養士	献立作成、栄養所要量計算及び給食記録、給食委託業者の指導等給食業務全般並びに利用者の栄養指導に従事する。
事 務 員	施設の運営管理、建物設備の管理、庶務・会計事務、人事関係事項、福利厚生、各部門との連携指導及び関係機関との連絡業務に従事する。

5 職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
管 理 者	8時45分～17時15分
サービス管理責任者	8時45分～17時15分
生活支援員・看護職員	日 勤 8時45分～17時15分 早出① 7時00分～15時30分 早出② 8時00分～16時30分 遅出 11時00分～19時30分 夜 勤 16時30分～9時30分
機能訓練指導員	8時45分～17時15分
管理栄養士	8時45分～17時15分
事 務 員	8時45分～17時15分

6 事業の設備等の概要

(1) 居室の概要

居室の種類	室数	備 考
1人部屋	76室	電動ベッド、ロッカー付タンス、床頭台の用意をしております。

- ・ベッドでの生活が困難な方のためのお部屋も用意しております。
- ・収納家具には鍵のかかる貴重品収納用引出しがセットされています。
- ・居室の変更について

利用者から居室の変更希望の申し出があった場合は、居室の空き状況により施設でその可否を決定いたします。また利用者の心身の状況により居室を変更する場合がありますが、利用者やご家族等と協議のうえ変更いたします。

(2) 居室以外の施設設備の概要

施設設備の種類	室数	備 考
機能訓練室	1室	日中活動等多目的に利用いたします。
食 堂 (ダイニング)	2室	利用者みなさんとくつろぎながら食事ができます。
浴 室	1室	浴室には、寝た状態に入れるスリッパ浴槽、入浴用車椅子で入る車椅子浴槽の2種類の浴槽を設置しています。
ト イ レ	11ヶ所	座位保持が困難な方でも利用できる設備を用意しています。
相 談 室	2室	個室になっております。
医 務 室	1室	

(3) 法人が自主的に設置した運営基準外の施設・設備

施設設備の種類	室数	備 考
ロ ビ ー	1 室	正面玄関前のゆったりとした空間でおくつろぎいただけます。
理 髪 室	1 室	専門家による理髪・美容サービスを提供しています。

7 事業所のサービス内容

(1) 日常生活支援

生活介護 サービス時間	営業日の午前9時から午後5時まで
生活相談	利用者が安定した生活を営むため、利用者の相談に適切に応じ、必要な支援をおこないます。
食 事	(食事時間) 朝食 7:30～9:00 昼食 12:00～13:30 夕食 17:30～19:00 ・上記の時間を目安としておりますが、利用者の状況に配慮し支援します。 ・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。 ・食事が不要な場合は、3日前までにお申し出ください。3日前までに申し出があった場合には、重要事項説明書別に定める「食事に係る自己負担額」は減免されます。
入 浴	週に2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。
排 泄	排泄の自立を促すため、利用者の身体能力を最大限活用した支援を行います。
整 容	清潔で快適な生活が送れるよう、適切な整容が行われるよう支援します。 シーツ類は、週1回交換洗濯します。
健康管理	看護職員が、健康管理を行います。必要に応じて協力医療機関へ連絡をとる体制にあります。 毎月定期的に内科、泌尿器科、皮膚科、眼科、歯科医師による診察日を設定しています。耳鼻科のみ3ヶ月毎。

(2) 日中活動支援

生活介護	創作的活動等	一人ひとりのレベルに合わせた創作的活動等を行います。
	機能維持	理学療法、作業療法を通じて、利用者に対して日常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を行います。

(3) 余暇活動等支援

行事活動	計画的に行事やレクリエーションを行います。
外出支援	必要に応じて外出支援(ボランティア等連絡調整)を行います。

8 医療の提供について

医療を必要とする場合は、利用者の希望により、下記の協力医療機関において診療等を受けることができます。(但し、下記医療機関での優先的な診療・入院治療を保証するものではありません。また、下記医療機関での診療入院治療を義務づけるものでもありません。)

(1) 協力医療機関

医療機関名	住所・電話番号	診療科目
社会医療法人禎心会 禎心会北 45 条在宅クリニック	札幌市東区北 45 条東 9 丁目 2 番 7 号 電話 011-712-5161	脳神経外科・内科

(2) 協力歯科医療機関

医療機関名	住所・電話番号	診療科目
北寿会歯科	札幌市中央区北 1 条西 2 丁目 電話 011-219-5280	歯科[訪問診療]

9 施設利用の留意事項

当施設のご利用にあたって、施設に入所されている利用者の共同生活の場としての快適性、安全性を確保するため、下記の事項をお守りください。

(1) 面会(面会時間 8:00~21:00)

来訪者は、必ずその都度職員にお申し出ください。

なお、来訪される場合、生物・危険物等の持ち込みはご遠慮ください。

(2) 外出・外泊

外出・外泊を希望される場合は、予定日の3日前までに届出を提出してください。

(感染症等の流行により管理者の許可が必要な場合があります。)

(3) 施設・設備の使用上の注意

- ・居室及び共用施設、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ・故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり、汚したりした場合には、利用者に自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ・利用者に対するサービスの実施及び安全衛生等の管理上の必要があると認められる場合には、利用者の居室内に立ち入り、必要な措置を取ることができるものとします。但し、その場合、利用者のプライバシー等の保護について、十分な配慮を行います。
- ・当施設の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(4) 喫煙

施設内での喫煙はできません。

(5) 貴重品の管理

お金等の貴重品管理は、鍵付きのセーフティボックス等を利用して、ご本人の責任で行っていただくことを原則にしております。

10 サービス利用料金

下記の料金表によって、サービス利用料金から、介護給付費等の給付額（全体額の9割）を除いた金額（全体の1割＝利用者負担）と食費・光熱水費の合計金額を、利用者にお支払いいただきます。

(1) 事業別のサービス利用料と負担金

1 利用されるサービス料金	別表 1 参照
2 サービス利用に係る自己負担 (定率負担)	上記金額及び各種加算の 1 割(別表 2 参照)
3 食事に係る自己負担額	1 日 1, 445円 (朝340円、昼650円、夕455円) ・施設入所支援を提供する利用者が、別の事業者の日中活動を利用した場合、昼食費は利用した別の事業者へ直接支払って下さい。 ・低所得者の方については、食材費及び食事提供加算の定率負担分が本人負担となります。 ・食事のキャンセルは3日前までにお知らせ下さい。 ご連絡がない場合は1日分の請求をさせていただきます。
4 光熱水費に係る自己負担額	月額 11, 589円 日額 381円

ご利用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。

(2) 介護給付費の対象外のサービス以下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、そのサービスの提供に伴い、所定の料金をお支払いいただきます。(別表 3 参照)

なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化や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、変更を行なう2ヶ月前までにご説明します。

- ・特別なサービスの提供とこれに伴う費用
- ・預り金、貴重品管理料
- ・介護給付費から支給されない日常生活上の諸費用
- ・その他

(3) 利用者負担に関する月額上限

1 ヶ月あたりのサービス利用にかかる「定率負担」については、所得(世帯の収入状況)に応じて下記のとおり 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 1	市町村民税非課税世帯で、サービスを利用するご本人の収入が 80 万円以下の方	0 円
低所得 2	市町村民税非課税世帯	0 円
一 般	市町村民税課税世帯	37,200 円

(4) 利用者負担の減免について

国の制度改正などにより利用者負担の上限額や減免制度は変更になることがあります。利用者負担の上限額や補足給付、減免制度が変更になる場合には個別にご説明します。

11 利用料金のお支払方法

介護給付費自己負担金及び介護給付費対象外のサービス費用等、皆様にご負担いただくべき費用は、1 ヶ月毎に計算し、ご請求しますので、翌月 27 日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(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とします。)

自動引き落とし	<ul style="list-style-type: none">・利用者の指定される金融機関の口座から自動引き落としとなります。・ご利用できる金融機関：各金融機関並びに郵便局・この場合、引き落としのための手続きが必要となりますので、職員にお申し付けください。
お振込み	下記指定口座へお振込みください。 銀行名：北海道銀行北栄支店 口座番号：0949828 口座名義：社会福祉法人禎心会 理事長 徳田 禎久
直接お支払い	<ul style="list-style-type: none">・現金により直接お支払いをご希望の方は職員にご相談ください。

※お支払い方法は原則自動引き落としさせていただきます。

12 施設を退所していただく場合(契約の終了について)

当施設との契約では契約が終了する期日は特に定めていません。従って、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用することができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、当施設との契約は終了し、利用者に退所していただくこととなります。

- ① 事業者が解散した場合、破産した場合、又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ② 事業者の滅失や重大な毀損により利用者に対するサービス提供が不可能になった場合
- ③ 事業者が事業指定を取り消された場合、又は指定を辞退した場合
- ④ 利用者から退所の申し出があった場合(詳細は以下をご参照ください。)
- ⑤ 事業者から退所の申し出を行った場合(詳細は以下をご参照ください。)

(1) 利用者からの退所の申し出(中途解約、契約解除)

契約の有効期間であっても、利用者から当施設からの退所を申し出ることができます。その場合には、退所を希望する日の7日前までに解約届書をご提出ください。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除し、施設を退所することができます。

- ① 介護給付費対象サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② 利用者が入院された場合
- ③ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める障がい福祉サービスを実施しない場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失により利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が虐待・ハラスメント行為を行った場合
- ⑦ 他の利用者が利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つけられる恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの申し出により退所していただく場合

以下の事項に該当する場合は、当施設から退所していただくことがあります。

- ① 利用者によるサービス料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合。
- ② 利用者が、故意又は重大な過失により、事業所又はサービス従事者もしくは他の利用者の生命・身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合、本契約を解除する旨の通知をする。通知受託後、1ヶ月以内に契約解除することができる。
- ③ 利用者・家族が、ハラスメント行為を行った場合、管理者との話し合いのもと(必要時弁護士等との相談)2週間の予告期間を持ち、サービス提供の停止、契約解除とすることができる。
- ④ 利用者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ⑤ 利用者が継続して3ヶ月を超えて医療機関に入院すると確実に見込まれる場合又は現に継続して3ヶ月を超えて入院した場合
- ⑥ 利用者の著しい身体の変化により当事業者による可能な医療ケア体制の範囲を超えた場合

13 利用者が入院または外泊された場合の対応について

当施設に入所中に医療機関への入院の必要が生じた場合または外泊時の対応は以下の通りです。

(1) 10日以内の入院・外泊について

- ・10日（入退院日を含む連続した9泊）以内の短期入院等の場合、所定の利用料金をいただきます。ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。

(2) 上記の期間を超える入院・外泊について

- ・入院・外泊した翌日から起算して8日を越えた日から82日を限度として、所定の利用料をお支払いいただきます。ただし、入退院当日（外泊開始及び終了日）は、通常の利用料をご負担いただきます。
- ・9日を超えて入院・外泊をする場合には、概ね週に1回以上、被服の準備や家族等との連絡調整等の支援を行います。
- ・その場合、「入院時支援特別加算」あるいは「入院・外泊時加算」が算定されます。

(3) 原則、入院後3ヶ月までは利用契約は継続することができます。（ただし契約が継続している期間は月額11,589円の光熱水費の負担が必要になります。）

状況により、3ヶ月を越えた場合でも契約を継続することができます。なお、入院期間中に居室が変更になる場合もありますのでご了承ください。3ヶ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当施設に再び優先的に入所することはできません。

14 利用者の記録や情報の管理、開示及び秘密保持について

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。）

施設の職員は、正当な理由なく、その業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を他に漏らしません。また、利用者に関する情報を提供する際には、あらかじめ文書により利用者 の同意を得ておこないます。

15 事故発生時の対応

障がい福祉サービスの提供にあたって、事故が発生した場合には、速やかに利用者の家族・市町村等に連絡し、必要な措置を講じます。

また、当該事故の状況及び事故に際し行った処置について記録し、再発防止に努めます。なお、サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。

16 虐待予防・虐待対応について

事業者は利用者の生命と尊厳の安全を保護するために以下の対応をいたします。

- (1) 事業所内で担当責任者を決め、虐待防止委員会の開催
- (2) 従事者に対する年 1 回の虐待予防・対応に対する研修の実施
- (3) 利用者や 家族・近隣住民・他サービス事業所からの連絡相談体制の整備
- (4) 虐待発見やそのおそれのある場合、速やかに地域包括支援センターへ通報
- (5) 自ら権利を擁護することが困難な場合、必要に応じて成年後見制度等の利用を支援する

17 非常災害時の対策

- (1) 非常時の対応・対策

当施設の消防計画および土砂災害等の避難確保計画を基に対応を行います。

- (2) 避難訓練及び防災設備

当施設は、年 2 回昼間及び夜間を想定した避難訓練を、利用者の方も参加して行います。

18 身元引受人（契約書第 16 条参照）

入居者は、契約時に入居者の残置物や利用料金等の滞納があった場合に備えて、一切の残置物の引き取り及び債務の保証人としての身元引受人を定めて頂きます。

- ・当施設は、「身元引受人」に連絡のうえ、残置物等を引き取って頂きます。
- ・また、引き渡しにかかる費用については、身元引受人にご負担頂きます。

19 連帯保証人（契約書第 17 条参照）

連帯保証人となる方については、本契約から生じる入居者の債務について、限度額 50 万円の範囲内で連帯してご負担いただきます。その額は、入居者又は連帯保証人が亡くなったときに確定し、生じた債務について、ご負担いただく場合があります。

連帯保証人からの請求があった場合には、当施設は、連帯保証人の方に利用料等の支払い状況、延滞金の額、損害賠償の額等、入居者の全ての債務の額等に関する情報を提供します。

20 苦情の受付について

- (1) 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

障がい者支援施設山の手

電話番号：011-642-1152

FAX：011-642-1278

担当職員：佐藤 衛、新関 友博、高澤 淳子、古山 和

○受付時間 毎週月曜日～土曜日 8：45～17：15

(2) 行政機関その他苦情受付機関

<p>さっぽろしほけんふくしきょく 札幌市保健福祉局</p> <p>しょうほけんふくしぶしょうふくしか 障がい保健福祉部 障がい福祉課</p>	<p>しょうざいち さっぽろしちゅうおうくきた じょうにし ちようめ 所在地：札幌市中央区北1条西2丁目</p> <p>Tel 211-2938 Fax 218-5181</p> <p>受付時間：月曜日～金曜日 午前8時45分～午後5時15分</p>
<p>ほっかいどうふくし 北海道福祉サービス</p> <p>うんえいてきせいかいいんかい 運営適正化委員会</p>	<p>しょうざいち さっぽろしちゅうおうくきた じょうにし ちようめ 所在地：札幌市中央区北2条西7丁目</p> <p>(かでの2・7)</p> <p>Tel 204-6310 Fax 204-6311</p> <p>受付時間：月曜日～金曜日 午前9時～午後5時</p>

21 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 ・ <input checked="" type="radio"/> 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価期間の名称	
評価結果の開示状況	

【別表 1】 利用されるサービス料金

生活介護サービス費区分	基本報酬単価 定員 51～60 以下 所要時間 7時間以上8時間未満	利用料金(円) (単価×10.18)
障がい支援区分 6	1,078	10,974 円
障がい支援区分 5	797	8,113 円
障がい支援区分 4	547	5,568 円
障がい支援区分 3	488	4,967 円
障がい支援区分 2 以下	442	4,499 円

施設入所支援サービス費区分	基本報酬単価 定員 71～80 以下	利用料金(円) (単価×10.20)
障がい支援区分 6	295	3,009 円
障がい支援区分 5	247	2,519 円
障がい支援区分 4	198	2,019 円
障がい支援区分 3	163	1,662 円
障がい支援区分 2 以下	133	1,356 円

【別表2】 利用されるサービス料金(各種加算)

報酬区分	備 考	適 用		報酬単価(単位)	
		生活 介護 一単位単価 10.18	入所 支援 一単位単価 10.20	生活介護 60 以下	入 所 支 援 61 以 上
人員配置体制加算	①人員配置体制加算(I) <1.5 : 1>	○		253 単位(日)	
	②人員配置体制加算(II) <1.7 : 1>	○		212 単位(日)	
	③人員配置体制加算(III) <2.0 : 1>	○		136 単位(日)	
	④人員配置体制加算(IV) <2.5 : 1>	○		38 単位(日)	
夜勤職員配置体制加算	定員 61 名以上で夜勤 4 名以上		○	39 単位(日)	
福祉専門職員配置等加算	①福祉専門職員配置等加算(I)	○		15 単位(日)	
	②福祉専門職員配置等加算(II)	○		10 単位(日)	
	③福祉専門職員配置等加算(III)	○		6 単位(日)	
常勤看護職員等配置加算		○		11 単位(日)	
初期加算	利用開始日から 30 日を限度	○		30 単位(日)	
入所時特別支援加算	入所日から 30 日を限度		○	30 単位(日)	
リハビリテーション加算	(I)	○		48 単位(日)	
	(II)	○		20 単位(日)	
利用者負担上限額管理加算	上限管理を実施した場合 (月 1 回を限度)	○		150 単位(1 回)	
視覚・聴覚言語障害者支援体制加算	(I)	○	○	51 単位(日)	
	(II)	○	○	41 単位(日)	
栄養改善加算	栄養改善サービスを開始した日の属する月から起算して 3 月以内の期間に限り 1 月に 2 回を限度	○		200 単位	
栄養スクリーニング加算	利用開始時及び利用中 6 月ごとに栄養状態のスクリーニングを行った場合	○		5 単位	

報酬区分	備 考	適 用		報酬単価(単位)	
		生活 介護 <small>一単位単価</small> 10.18	入所 支援 <small>一単位単価</small> 10.20	生活介護 60 以下	入所支援 61 以上
入浴支援加算		○		80 単位(日)	
地域移行加算	退後の居住の場合、在宅サービス利用調整等を行った場合(生活介護利用者のみ)		○	500 単位(1 回) (入所中 2 回、 退所後 1 回を限度)	
地域生活移行 個別支援特別加算	①地域生活移行個別支援特別加算(Ⅰ)		○	12 単位(日)	
	②地域生活移行個別支援特別加算(Ⅱ)		○	306 単位(日)	
栄養マネジメント加算	常勤の管理栄養士が配置され、栄養ケア計画を作成し、支援を提供		○	12 単位(日)	
口腔衛生管理体制加算	歯科衛生士が施設従業者に対する口腔ケアに係る技術的助言を月 1 回以上行っている場合		○	30 単位(月)	
口腔衛生管理加算	歯科衛生士が入所者に対し口腔ケアを月 2 回以上行う。施設従業者に対して技術的助言及び指導を行う。入所者の口腔ケアに関する施設従業者からの相談等に必要に応じ対応する。		○	90 単位(月)	
経口移行加算	経口移行計画を作成し、栄養士等が経口による栄養管理を行った場合		○	28 単位(日)	
経口維持加算	①経口維持加算(Ⅰ)		○	400 単位(月)	
	②経口維持加算(Ⅱ)		○	100 単位(月)	
療養食加算	栄養士配置加算が算定され、厚生労働大臣が定める療養食を提供した場合		○	23 単位(日)	
重度障害者支援加算	重度障害者支援加算(Ⅰ) 一定の条件を満たす場合		○	28 単位(日) +22 単位	
	重度障害者支援加算(Ⅱ)	○	○	360 単位(日)	
	重度障害者支援加算(Ⅲ)	○	○	180 単位(日)	
入院・外泊時加算	(Ⅰ)～8 日まで		○	272 単位(日)	
	(Ⅱ)9～82 日まで		○	162 単位(日)	

報酬区分	備 考	適 用		報酬単価(単位)	
		生活 介護 —単位単価 10.18	入所 支援 —単位単価 10.20	生活介護 60 以下	入所支援 61 以上
入院時支援特別 加算	90日を越える入院期間が4日未満		○	561 単位(月)	
	90日を越える入院期間が4日以上		○	1,122 単位(月)	
障害福祉サービ スの体験利用支 援加算	(Ⅰ)	○		500 単位(日)	
	(Ⅱ)	○		250 単位(日)	
	地域生活支援拠点等の場合 +50 単位				
障害者支援施設 等感染対策向上 加算	(Ⅰ)		○	10 単位(月)	
	(Ⅱ)		○	5 単位(月)	
福祉・介護職員 等特定処遇改善 加算 (令和6年5月 31日まで)	福祉・介護職員処遇改善加算	○	○	所定単 位の1.4% (月)	所定単 位の2.1% (月)
福祉・介護職員 処遇改善加算 (令和6年5月 31日まで)	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅰ)	○	○	所定単 位の4.4% (月)	所定単 位の8.6% (月)
	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅱ)	○	○	所定単 位の3.2% (月)	所定単 位の6.3% (月)
	福祉・介護職員処遇改善加算(Ⅲ)	○	○	所定単 位の1.8% (月)	所定単 位の3.5% (月)
福祉・介護職員 等ベースアップ 等支援加算 (令和6年5月 31日まで)		○	○	所定単 位の1.1% (月)	所定単 位の2.8% (月)

報酬区分	備 考	適 用		報酬単価(単位)		
		生活 介護 一単位単価 10.18	入所 支援 一単位単価 10.20	生活介護 60 以下	入所支援 61 以上	
福祉・介護職員 等処遇改善加算 (令和6年6月 1日から)	福祉・介護職員等処遇改善加算(I)	○	○	所定単位数の8.1% (月)	所定単位数の 15.9% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善加算(II)	○		所定単位数の8% (月)		
	福祉・介護職員等処遇改善加算(III)	○	○	所定単位数の6.7% (月)	所定単位数の 13.8% (月)	
	福祉・介護職員等処遇改善加算(IV)	○	○	所定単位数の5.5% (月)	所定単位数の 11.5% (月)	
	福祉・介護職員等 処遇改善加算(V)	(1)	○	○	所定単位数の7% (月)	所定単位数の 13.1% (月)
		(2)	○	○	所定単位数の6.9% (月)	所定単位数の 13.6% (月)
		(3)	○		所定単位数の6.9% (月)	
		(4)	○		所定単位数の6.8% (月)	
		(5)	○	○	所定単位数の5.8% (月)	所定単位数の 10.8% (月)
		(6)	○		所定単位数の5.7% (月)	
		(7)	○	○	所定単位数の5.5% (月)	所定単位数の 10.8% (月)
		(8)	○	○	所定単位数の5.6% (月)	所定単位数の 11% (月)
		(9)	○		所定単位数の5.4% (月)	
		(10)	○	○	所定単位数の4.4% (月)	所定単位数の 8% (月)
		(11)	○	○	所定単位数の4.4% (月)	所定単位数の 8.7% (月)
(12)		○		所定単位数の4.3% (月)		
(13)		○	○	所定単位数の4.1% (月)	所定単位数の 8.7% (月)	
(14)		○	○	所定単位数の3% (月)	所定単位数の 5.9% (月)	

【別表3】介護給付費の対象外のサービス料金

※ 介護給付費対象外サービスの利用料は全額利用者負担となります。

<利用者をご利用される日常生活品>

品目等	単価等	備考
個人購読用の新聞・雑誌等	実費自己負担	・利用者の負担となります。
クリーニング代(業者依頼分)	実費自己負担	
個人用被服・趣味嗜好品	実費自己負担	
個人で飲食する品	実費自己負担	

品目等	単価等	備考
洗顔タオル		・利用者のご用意することとなります。
洗顔石鹸		
歯磨き粉		
歯ブラシ		
入れ歯洗浄剤		
ティッシュペーパー(個人用)		

<利用者をご利用される電化製品の電気料金>

品目等	単価等	備考
居室内の電気代 ※1	2,100円/月	・テレビ、冷蔵庫の他、個人で持ち込んだ一部の家電製品の電気代としてご負担いただきます。 また、持込については一部ご遠慮いただく場合がありますので、事前にご相談ください。(注)
加湿器 ※2	10円/日	
扇風機・サーキュレーター等 ※3	10円/日	
電気毛布・敷布等 ※4	10円/日	

(注)持ち込みをご遠慮いただいている電化製品：冷蔵庫、電気ポット、電気ストーブ、電子レンジ、布団乾燥機、ステレオ

※1 電気代(居室内)は、月に連続15日以上入院等した場合は、日割り計算(70円/日×在室日数(出入りの日を含め)で算出します。

例=1月13日に入院し29日に退院した場合→電気代70円×16日(在室日数)=1,120円/月

※2、※3、※4のサービス利用について、契約継続中は利用料金をご負担いただきます。

＜その他サービス料金＞

品 目 等		単 価 等	備 考
預かり金・貴重品管理サービス ※2		1,800 円/月	・金銭及び貴重品等は本来利用者(または家族)管理ですが、利用者ご自身で管理できない場合、施設管理とし利用料金をご負担いただきます。
金融機関手続き代行サービス		250 円/回	・金融機関での入出金手続きについてご希望される場合に、代行手数料をご負担いただきます。
共用入浴用品 バスタオル・フェイスタオル			・施設でご用意いたします。
冷蔵庫貸出料金 ※3		1,200 円/月	・冷蔵庫貸出を利用される場合は、ご負担いただきます。
特別な食事(お酒も含む)		実費自己負担	・献立外の特別食については、希望される場合にご負担いただきます。
理・美容費		実費自己負担	・理・美容師の出張により、施設内で理美容サービスをご利用できます。
教養娯楽費 (レクリエーション及び余暇活動)		実費自己負担	・ご希望により参加していただくことができますが、その際には材料費等の必要経費の実費をご負担いただきます。 (例) 施設外活動での入場料等
文書料		実費自己負担	・各種証明書・診断書を必要とする場合は、作成料として実費をご負担いただきます。
複写物の交付	白黒	5 円/カウント	・利用者は、サービス提供についての記録をいつでも閲覧できます。また、求めがあれば記録のコピーも交付しますが、その際にはコピー代として左記の料金をご負担いただきます。
	カラー	40 円/カウント	
その他の料金		実費自己負担	・サービス提供される便宜の中で、日常生活について通常必要となる費用で、「その利用者に負担させることが適当である」と認められる費用は、自己負担となります。

※2、※3、※4のサービス利用について、契約継続中は利用料金をご負担いただきます。

各サービス利用の契約解除はいつでもお申し出ください。

個人情報の利用目的

障がい者支援施設山の手は、利用者の尊厳を守り安全に配慮する施設理念の下、お預かりしている個人情報について、利用目的を以下のとおり定めます。

【利用者への障がい福祉サービスの提供に必要な利用目的】

[障がい者支援施設内部での利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する障がい福祉サービス
- 介護給付費等の事務
- 障がい福祉サービスの利用者に係る当施設の管理運営業務のうち
 - －入退所等の管理
 - －会計・経理
 - －事故等の報告
 - －当該利用者の介護・医療サービスの向上

[他の事業者等への情報提供を伴う利用目的]

- 当施設が利用者等に提供する障害福祉サービスのうち
 - －利用者に居宅サービスを提供する他の居宅サービス事業者や居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等との連携(サービス担当者会議等)、照会への回答
 - －利用者の診療等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - －検体検査業務の委託その他の業務委託
 - －家族等への心身の状況説明
- 介護給付費等の事務のうち
 - －請求事務の委託
 - －審査支払い機関へのレセプトの提出
 - －審査支払い機関又は保険者からの照会への回答
- 損害賠償保険などに係る保険会社等への相談又は届出等

【上記以外の利用目的】

[当施設の内部での利用に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料
 - －当施設において行われる学生の実習への協力
 - －当施設において行われる事例研究

[他の事業者等への情報提供に係る利用目的]

- 当施設の管理運営業務のうち
 - －外部監査機関への情報提供

サービスを利用するにあたり、『契約書』・『重要事項説明書』・『個人情報の利用目的』に該当する利用者等の負担額について施設職員（_____）から説明を受け、これらを十分に理解し、障がい者支援施設山の手の利用について同意した上で、契約いたします。

尚、本書2通を作成し、利用者・事業者双方記名押印の上、各1通ずつ保有することとします。

契約締結日 令和 年 月 日

利用者

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

署名代行者（私は、本人の意思を確認し、代わりに署名を行ないました。）

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

<続 柄> _____

<署名を代行した理由> _____

身元引受人及び連帯保証人

<住 所> _____

<氏 名> _____ 印

<続 柄> _____

事 業 者

<住 所> 札幌市西区山の手 433 番地 1 _____

<事業者名> 社会福祉法人 禎心会

障がい者支援施設 山の手 _____

<電話番号> (011) 642-1152 _____

<管理者> 理事長 徳田 禎久 _____ 印