

「函館リハビリセンター 指定障害者支援施設利用契約 重要事項説明書」
(生活介護サービス単位１) ・ (施設入所支援)

1. サービスを提供する事業者

名 称 社会福祉法人 函館仁愛会
所在地 函館市石川町１９１番地の１
電話番号 (０１３８) ４６－１１２３
代表者氏名 理事長 蒲 池 珠 實
設立年月日 昭和５７年１２月８日 法人認可

2. ご利用施設

事業所番号 ０１１１４０１２３８
施設の種類の 生活介護（サービス単位１）・施設入所支援
施設の目的 身体障害者の自立、自己決定及び社会経済活動参加促進
 等々の為、誠意をもって必要な支援を行う。
施設の名称 函館リハビリセンター
施設の所在地 函館市石川町１９１番地６
電話番号 (０１３８) ４６－１１２９ FAX ４７－５７３０
施設長（管理者） 伊 勢 芳 巳

施設の運営方針について

- １．ノーマライゼーションの確立
- ２．人権の尊重
- ３．自立支援の向上
- ４．リハビリテーションの充実
- ５．豊かな暮らしの増進
- ６．社会性の推進

開設年月日 平成１０年１０月１日
入所定員 ８８人

併設事業 ●短期入所事業 (事業所番号 0111400396)
 ●障害者虐待に伴う短期宿泊事業 (函館市委託事業)
 ●日中一時支援事業 (市町村委託事業)

3. 居室の概要

(1) 居室の概要	1人部屋 (個室)	49室
	2人部屋	21室

利用者の心身の状況や居室の空き状況によりご希望に添えない場合もあります。

(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、障害支援施設に設置が義務づけられている施設・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。

食堂 ・ 医務室 ・ 訓練フロアー ・ 静養室

浴室 (車椅子浴 ・ 特殊浴槽 ・ 一般浴)

洗面所 ・ 便所 ・ 相談室 ・ パソコン室 ・ 多目的室

(3) 居室の変更

利用者から緊急の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変更する場合があります。

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。

その際には、利用者やご家族等にも十分な理解を頂いたうえ、
決定するものとします。

(4) 施設・設備ご利用上の注意事項

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公共のものという認識に立ち独占して使用してはならない。
- ②生活空間を意識し、各自可能な限り清潔、整理整頓に努める。

4. 利用に当たって別途料金をご負担いただく特定費用等について

理美容代、外出時の個人の特定食事代、個人嗜好の物品

※上記は、介護給付費の支給対象とならないため、ご利用の際は、ご利用者に別途利用料金をご負担いただきます。

5. 職員の配置状況

当施設では、ご利用者に対してサービスを提供する職員として、下記の職員を配置しています。

※職員の配置状況

職 種	職員数	指定基準
施設長	1 名 (生活介護Ⅱ・短期・日中一時)	1 名
サービス管理責任者	2 名(内 1 名兼務) (短期・日中一時)	2 名
看護師	4 名 (兼務) (生活介護Ⅱ・短期・日中一時)	前年度平均利用者数に 対して 3 対 1 の割合
生活支援員	3 0 名以上 (常勤 1 名以上) (短期・日中一時)	
機能訓練指導員	1 名 (兼務) (短期・生活介護Ⅱ・日中一時)	1 名
医 師	1 名 医師 (非常勤) (短期・生活介護Ⅱ・日中一時)	1 名
管理栄養士	1 名 (短期・生活介護Ⅱ・日中一時)	1 名
事務員	1 名以上 (常勤・兼務) (短期・生活介護Ⅱ・日中一時)	—

※主な職員の勤務体制

職 種	勤 務 体 制
サービス管理責任者 機能訓練指導員	月～金曜日 8 : 3 0 ～ 1 7 : 1 0 土曜日 (隔週) 8 : 3 0 ～ 1 1 : 5 0
生活支援員	早出 7 : 3 0 ～ 1 6 : 0 0 日勤 9 : 0 0 ～ 1 7 : 3 0 遅出 1 0 : 0 0 ～ 1 9 : 0 0 夜勤 1 6 : 5 0 ～ 1 0 : 2 0 (翌朝)
看護師	早出 6 : 0 0 ～ 1 5 : 0 0 日勤 8 : 3 0 ～ 1 7 : 3 0 遅出 9 : 3 0 ～ 1 8 : 3 0

6. 当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご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（契約書第4条、第5条参照）

以下のサービスについては、介護給付費対象となります。

サービス利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。

事業者が介護給付費を代理受領する場合には、個別減免等が適用されない場合、利用者はサービス料金の1割を事業者にお支払いいただきます。

なお、法定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、一旦全額を事業者にお支払いいただきます。

本事業所が代理受領した介護給付費額については、利用者にその都度通知します。

食費・光熱水費は実費負担となります。

（低所得者については補足給付等の軽減があります。）

<介護給付費の対象となるサービスの概要>

①日常生活の支援

1 食事の提供

・栄養：利用者の身体の状態・希望や嗜好を考慮した食事の提供を行います。

朝食（8：00）、昼食（12：00）、夕食（18：00）

その他時差配膳

2 入 浴

・入浴・清拭は、毎週2回行います。利用者の身体の状態と希望等を伺った上、出来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、清拭を行うなど適切な方法で実施します。

3 排 泄

・利用者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。

4 着脱衣

5 整 容

②医療および健康管理

1 医 療 医師（嘱託）による診察・治療

協力医療機関

医療法人 亀田病院

診療科 内科・泌尿器科・整形外科・神経内科
精神科

診察日 週 1 回 その他、適時及び夜間対応

さいとう歯科診療室 院長 斉藤裕志 先生

診察日 随時

その他往診医療機関

眼 科 吉 田 眼 科 ・ 院長 吉田玄雄 先生

2 服 薬

3 通院と治療

③社会的活動の支援

1 日常生活指導

- ・自立した社会生活を送るための機能維持等を目指した指導

2 余暇活動

3 その他の社会活動

④相談援助

⑤機能回復支援

- ・利用者の身体状況やニーズを考慮し、個々に訓練プログラムを作成、実施します。

<サービス利用料金（日額）>

下記の料金表によって、ご契約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を除いた金額（1割負担）と食費・光熱水費の合計金額をお支払いいただきます。利用者負担金は上限月額を超えての負担はございません。

	区分6	区分5	区分4	区分3	区分2	区分1
生活介護（7時間） サービス利用料金に係る 自己負担金	1,008円	752円	518円	466円	419円	419円
生活介護（3時間） サービス利用料金に係る 自己負担金	505円	378円	262円	233円	210円	210円
施設入所支援 サービス利用料金に係る 自己負担金	273円	225円	181円	150円	129円	129円
食費に係る 自己負担金	1,498円					
光熱水費に係る 自己負担金	328円					
1日のご負担額合計	3,107円	2,803円	2,525円	2,442円	2,374円	2,374円

※ 上記料金の他に加算される金額

1日あたり

人員配置体制加算（Ⅰ）	基準以上の人員体制で、サービスの提供を行うことに対して加算となります。（1. 5 : 1）	245円
人員配置体制加算（Ⅱ）	基準以上の人員体制で、サービスの提供を行うことに対して加算となります。（1. 7 : 1）	197円
人員配置体制加算（Ⅲ）	基準以上の人員体制で、サービスの提供を行うことに対して加算となります。（2 : 1）	125円
人員配置体制加算（Ⅳ）	基準以上の人員体制で、サービスの提供を行うことに対して加算となります。（2. 5 : 1）	33円

※生活支援員等の配置状況により、（Ⅰ）（Ⅱ）（Ⅲ）（Ⅳ）のいずれかの算定となります。

福祉専門職配置等加算（Ⅰ）	生活支援員として、常勤で配置されている従業員のうち、介護福祉士である従業員の割合が、35%以上の場合に加算となります。	15円
福祉専門職配置等加算（Ⅱ）	生活支援員として、常勤で配置されている従業員のうち、介護福祉士である従業員の割合が、25%以上の場合に加算となります。	10円
福祉専門職配置等加算（Ⅲ）	生活支援員の内、常勤で配置されている従業員の割合が75%以上の場合、又は、30%以上の職員が3年以上従事している場合に加算となります。	6円

※生活支援員等の配置状況により、（Ⅰ）（Ⅱ）のいずれかと、（Ⅲ）の算定となります。

1日あたり

生活介護	福祉・介護職員処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 61/1000
	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 17/1000
施設入所支援	福祉・介護職員処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 86/1000
	福祉・介護職員等特定処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 21/1000
生活介護	福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している場合に加算となります。	所定総単位数 × 11/1000
施設入所支援	福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している場合に加算となります。	所定総単位数 × 28/1000

※福祉・介護職員処遇改善加算、福祉・介護職員等特定処遇改善加算、福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算は、令和6年5月31日まで。

※令和6年6月1日～ 福祉・介護職員等処遇改善加算に一本化されます。

生活介護	福祉・介護職員等処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 101/1000
施設入所支援	福祉・介護職員等処遇改善加算	福祉・介護職員の賃金の改善、キャリアパス要件、定量的要件を実施している事業所に対し、加算となります。	所定総単位数 × 159/1000
夜勤職員配置体制加算		基準以上に夜勤職員を配置した場合に加算となります。	39円
常勤看護職員等配置加算		利用定員に応じ、所定単位数に、常勤換算数で算定した看護職員の数に乗じた額が加算されます。	6円
施設入所支援	重度障害者支援加算（Ⅰ）-1	施設全体で経管栄養や、酸素療法等特別な医療が必要とされる利用者が、全体の20%以上利用されている場合に加算となります。	28円
	重度障害者支援加算（Ⅰ）-2	重度障害者支援加算（Ⅰ）が算定されている場合であって、区分6に該当し、重症心身障害者の対象となる利用者が、2名以上利用されている場合に加算となります。	22円

1日あたり

栄養マネジメント加算	常勤で管理栄養士を配置し、入所者ごとの栄養状態等に関する栄養ケア計画を作成、定期的に評価を行う場合に加算となります。	12円
療養食加算	医師の指示により、利用者に必要とする適切な栄養量等を有する治療食（糖尿病食等）を提供した場合に加算となります。	23円
入所時特別支援加算	利用開始日より、30日間加算となります。又、30日以上入院し、退院した日から、30日間加算となります。	30円
入浴支援加算	医療的ケアを必要とする利用者に対し、入浴支援を行った場合に加算となります。	80円
通院支援加算	病院へ通院する際、職員が同行支援した場合に、1月に2回を限度として加算となります。	17円
入院・外泊時加算（Ⅰ）	入院・外泊をした際に、8日を限度に加算となります。	247円
入院・外泊時加算（Ⅱ）	入院・外泊時加算（Ⅰ）算定後、引き続き入院を継続し、入院先との調整、被服等の準備等支援を行った場合に加算となります。（入院・外泊時加算（Ⅰ）算定日と、入院の初日及び最終日を除く日数となり、最大82日を限度に算定。）	147円
入院時支援特別加算	入院・外泊時加算（Ⅱ）算定後、引き続き入院を継続し、入院先との調整、被服等の準備等支援を行った場合に加算となります。（入院・外泊時加算（Ⅰ）（Ⅱ）算定日と、入院の初日及び最終日を除く日数となります。）	4日未満 561円 4日以上 1,122円 (月1回算定)
新興感染症等施設療養加算	新興感染症のパンデミック発生時等において、必要な感染対策や医療機関との連携体制を確保した上で、感染した利用者の療養を施設内で行った場合に加算となります。	240円 1月に5日を 限度に算定

<利用者負担の軽減について>

【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、所得に応じて5区分の月額負担上限額が設定され、それ以上のご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であって、低所得1以外の方。	0円
一般1	市町村民税課税世帯（所得割16万円未満の方で、20歳未満の施設入所者の方。）	9,300円
一般2	市町村民税課税世帯の方。 （一般1に該当する方を除く。）	37,200円

<食費等実費負担の軽減について（補足給付）>

- 入所施設の食費・光熱水費の実費負担に関する軽減措置

食費・光熱水費を実費負担しても、下記の通り一定の金額が手元に残るように補足給付が行われます。

1. 59歳以下の方。障害基礎年金1級以外の方・・・・・・・・25,000円
2. 60歳以上の方。障害基礎年金1級の方・・・・・・・・28,000円
3. 65歳以上の方で障害者支援施設利用者の方・・・・・・・・28,000円

※補足給付は1円～1,826円／日の範囲で行われます。

○ 介護給付費の対象外のサービス

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、上記の所定料金は、経済状況の著しい変化などにより時価に照らして、適切な額に変更することがあります。その場合事前に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。

①特別なサービスの提供とこれに伴う費用（特別な娯楽の提供など）

②介護給付費対象とならない日常生活上の諸費用

③個別医療にまつわる器材等

○ 利用料金のお支払方法（契約書第6条参照）

前記の料金・費用は、1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、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とします。）

ア．窓口で現金支払

イ．下記指定口座への振り込み

青森みちのく銀行亀田支店 普通口座 5 1 7 9 4 7 5

社会福祉法人 函館仁愛会 理事長 蒲 池 珠 實

ウ．金融口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関 ： 青森みちのく銀行（各支店）

7. 事故と損害賠償について（契約書第8条、第9条参照）

①事業者は、サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかにご家族及び各市町村に連絡し必要な措置を講じます。

【例：事故発生時の流れ】

事故発生 ⇒ 家族又は市町村へ連絡 ⇒ 病院等の確認（救急搬送時は無し）⇒
受診し家族及び市町村へ状況連絡 ⇒ 医師の判断による予後の処置
⇒ 事故の原因検討・改善への取り組み ⇒ 家族及び市町村への結果連絡

②事業者は、サービスの提供にあたって自己の責に帰すべき事由により損害を与えた場合には、契約者に生じた損害について賠償する責任を負います。
ただし、契約者に過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合には、損害賠償責任を減じることができるものとします。

8. 個人情報保護について

当施設は、個人情報保護に関する法令等を遵守するとともに、個人情報の保護に努めるものとします。

9. 人権擁護および虐待防止のための措置について

事業所は、利用者に対し身体拘束の禁止及び身体的または精神的虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

また、事業所では、虐待防止のための対策を検討する委員会の設置、虐待防止に関する責任者の設置、従業者に対する虐待防止啓発のための定期的な研修の実施、成年後見制度を活用した権利擁護、苦情解決体制の整備、自治体における虐待防止に関する相談窓口の周知等、虐待防止のための措置を講ずるものとする。

10. 苦情の受付について（契約書第18条参照）

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門窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口

（責任者） 施設長 伊勢芳巳

（担当者） 主任サービス管理責任者 佐々木陽介

サービス管理責任者 蝦名優

（第三者委員） 金石和哉（TEL 47-5701）

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：30～17：10

土曜日 8：30～11：50

○苦情受付箱の設置 各階食堂に設置しています。

②行政機関その他苦情受付機関

○函館市福祉事務所障がい保健福祉課

〒040-8666 函館市東雲町4番13号

TEL 0138-21-3302 Fax 0138-27-2770

月～金（祝日除く） 8：45～17：30

○函館市福祉サービス苦情処理委員事務局

〒040-8666 函館市東雲町4番13号

TEL 0138-21-3297 Fax 0138-26-4090

月～金（祝日除く） 8：45～17：30

○北海道福祉サービス運営適正化委員会

〒060-0002 札幌市中央区北2条西7丁目1番地

北海道立道民活動センター 3階

TEL 011-204-6310 Fax 011-204-6311

月～金（祝日除く） 9：00～17：00

③苦情処理の流れ

【苦情の受付】： 苦情受付担当者・第三者委員及び各行政機関、苦情受付機関が



苦情を受付、苦情受付担当者が苦情申請者へ内容等の確認をします。

【苦情受付の報告・確認】： 苦情解決責任者へ受けた苦情について報告します。



【苦情解決に向けての話し合い】： 苦情解決責任者は苦情申出人との話し合いによる
解決に努め更に苦情解決委員会での話し合いを行い、
速やかに改善案を確立し、苦情の解決に努めます。



※申請者が不明の場合（匿名等）も同様に行います。

【苦情解決の結果の記録】： 上記の話し合いの内容について、今後のサービスの質の
向上や、運営の適正化の為に記録を作成し、保管します。

※以上のような流れで苦情の早期解決・改善に努めます。

令和 年 月 日

障害者支援施設サービスの利用開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

施設名 函館リハビリセンター

説明者職氏名

氏 名 (印)

私は、サービス利用（契約の締結）にあたり、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、障害者支援施設サービスの提供開始に同意履行します。

利 用 者 住 所

氏 名 (印)

代 筆 者 $\left(\begin{array}{c} \text{氏 名} \\ \text{続 柄} \end{array} \right)$

身 元 人 又 は 代 理 人 住 所

氏 名 (印)

続 柄