

障害者多機能型事業所里山福業 重要事項説明書

この重要事項説明書は、障害者多機能型事業所里山福業が提供する就労継続 A 型・就労継続 B 型について、利用契約の締結を希望される方に対して、障害者総合支援法（平成 17 年法律第 123 号。以下「法」という。）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に基づき、サービスの内容や利用料金等について説明するものです。

1 サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 優輝福祉会
所 在 地	広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地
電 話 番 号	0824-43-3121
代表者氏名	理事長 森重 利夫
設 立 年 月	平成 2 年 12 月 13 日

2 ご利用施設

事業の種類	<input type="checkbox"/> 指定就労継続支援 A 型事業所 <input type="checkbox"/> 指定就労継続支援 B 型事業所 平成 28 年 6 月 1 日広島県指定
事業所の名称 (事業所番号)	障害者多機能型事業所 里山福業 (3412100236)
事業所の所在地	広島県庄原市宮内町 6393 番地
連 絡 先	電話番号 0824-72-1233 FAX 0824-72-1299
管 理 者	森重 利夫
サービス管理責任者	延原 大輔
通常の事業の実施地域	庄原市 三次市 府中市 神石高原町
営業日及び 営業時間	月曜日から土曜日 午前 8 時 30 分から午後 5 時まで（事業所の都合により変更する場合あり） （但し、12 月 31 日から 1 月 3 日までを除く）
主たる対象者	知的障害者 身体障害者 精神障害者
定 員	就労継続支援 A 型 10 名 就労継続支援 B 型 10 名
開設年月日	平成 28 年 6 月 1 日

3. サービスの目的・運営方針

就労A型	通所による雇用契約等に基づく就労の機会を提供するとともに、一般就労に向けた知識、能力が高まった者について、一般就労移行に向けて支援します。
就労B型	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に就労の機会を提供します。
運営方針	<p>必要なときに必要なサービスを提供し、地域との結びつきを重視し他の社会資源との連携に努め、関係法令を遵守します。</p> <p>個人情報（本人及び家族）は、秘密保持を原則とし、あらかじめ使用目的を明らかにし、同意を得た上で使用する等、適正な管理に努めます。</p> <p>利用者又は、他の利用者の生命又は身体を保護するために緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為は行いません。</p> <p>常に利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制を整えると共に従業者に対する研修を実施する等の措置を講じます。</p>

4. サービスに係る設備の概要

	部屋数	備 考
訓練・作業室	2	
相談室	1	
便 所	3	
多目的室	1	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の設備を設置しています。

5. サービス提供職員の配置状況及び勤務体系等 令和6年4月1日現在

	職 種	員 数	勤 務 体 系
就労A型	管理者	1	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
	サービス管理責任者	1	〃
	職業指導員	2	〃
	生活支援員	1	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
	賃金向上達成指導員	1	〃
就労B型	管理者	1	正規の勤務時間帯（8：30～17：00）
	サービス管理責任者	1	〃
	職業指導員	2	〃
	生活支援員	1	〃
	目標工賃達成指導員	1	〃

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

6. 営業日と営業時間

	<input type="checkbox"/> 就労A型	<input type="checkbox"/> 就労B型
営業日	月曜日から土曜日まで (但し、事業所の都合により曜日を変更する場合あり)	
	12月31日から1月3日を除く	
営業時間	午前8時30分から午後5時まで	
サービス提供時間	<input type="checkbox"/> 就労A型	午前8時30分から午後5時まで
	<input type="checkbox"/> 就労B型	午前9時30分から午後4時まで

7. サービス提供の内容

(1) 訓練等給付費対象サービス内容

サービスの種類		サービスの内容
共通	相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
	実習及び求職活動等の支援	公共職業安定所、障害者就労生活支援センター等の関係機関との連携を取りながら職場実習の実施や求職活動の支援、職場定着のための支援を行います。
	健康管理	就労活動をおこなううえで、必要な健康管理(バイタルチェック等)や投薬やその他、必要な記録管理を行います。又、医療機関との連絡調整及び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。
A型	就労支援(生産活動)	利用者に適した生産活動の場を提供します。主な作業種目につきまして以下の通りです。 ① 介護補助、調理補助等 ② 清掃・施設保全管理等 ③ その他 上記生産活動における事業収入から必要経費から必要経費を差し引いた額に相当する金額を賃金として、生産活動に従事している利用者に支払ます。
		事業所以外での就労

社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	無 料
通常実施地域外の交通費	通常実施地域外の送迎等にかかる交通費をいただきます。	38円／ 路程 1km
その他	サービス提供記録等の複写代	10円／枚

〈サービスの概要〉

サービスは、「個別支援計画」に基づいて行われます。本事業所のサービス管理責任者が作成し、利用者に対し説明を行い、同意（記名捺印）をいただきます。尚「個別支援計画」の写しは利用者に交付いたします。

8. 利用料金

(1) 訓練等給付費対象サービス内容の料金

訓練等給付費によるサービスを提供した際は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち 9 割が介護給付費等の給付対象となります。事業者が介護給付費等の給付を市町から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の 1 割の額を事業者にお支払いいただきます。（応能負担）

なお、応能負担の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

訓練等給付費から給付されるサービス （10 円／単位）

（ 就労 A 型）

報酬単価の算定要件		単位数	
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 A 型サービス費（I）(7.5:1) 定員 20 人以下	791	単位
	評価点が 170 点以上の場合、基本報酬として算定します。		
	評価点が 150 点以上 170 点未満の場合、基本報酬として算定します。		
	評価点が 130 点以上 150 点未満の場合、基本報酬として算定します。		
	評価点が 105 点以上 130 点未満の場合、基本報酬として算定します。		
	評価点が 80 点以上 105 点未満の場合、基本報酬として算定します。		

	評価点が 60 点以上 80 点未満の場合、基本報酬として算定します。	419	単位
	評価点が 60 点未満の場合、基本報酬として算定しません。	325	単位
<input type="checkbox"/>	利用者の数が利用定員を超える場合が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	職業指導員又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が算定の適用をされる月から 2 月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	職業指導員又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が 3 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が減算適用される月から 4 月目まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が 5 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 A 型計画等が作成されていない場合が減算適用される月から 2 月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 A 型計画等が作成されていない場合が 3 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 (I) 視覚・聴覚障害のある者が利用者の 50/100 以上であり、視覚障害者等との意思疎通に関し、専門性を有する職員を利用者の数を 40 除じた数以上配置している場合に算定します。	51	単位
<input type="checkbox"/>	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 (II) 視覚・聴覚障害のある者が利用者の 30/100 以上であり、視覚障害者等との意思疎通に関し、専門性を有する職員を利用者の数を 50 除じた数以上配置している場合に算定します。	41	単位
<input type="checkbox"/>	高次機能障害者支援体制加算 高次機能障害者支援者養成研修を終了した相談支援専門員を事業所に配置し、利用者に対して指定計画相談支援を行っている場合に算定します。	41	単位

福祉専門職配置等加算			
<input type="checkbox"/>	(Ⅰ) 常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が35%以上で雇用されている事業所について算定します。	15	単位
<input type="checkbox"/>	(Ⅱ) 常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が25%以上で雇用されている事業所について算定します。	10	単位
<input type="checkbox"/>	(Ⅲ) 生活支援員等のうち、常勤職員が75%以上又は勤続3年以上の常勤職員が30%以上雇用されている事業所について算定します。	6	単位
<input type="checkbox"/>	集中的支援加算	1回につき	
	状態が悪化した強度行動障害を有する児への集中的支援を行った場合に月4回を限度に算定します。	1,000	単位
<input type="checkbox"/>	初期加算(利用開始日から30日を限度)	30	単位
	サービス利用の利用開始日から起算して30日以内において算定します。		
<input type="checkbox"/>	訪問支援特別加算		
	連続した5日間、就労支援等の利用がなかった場合において、就労継続支援A型計画等に基づき、利用者の居宅を訪問し相談援助を行った場合1時間未満若しくは1時間以上で月2回まで算定します。	1時間未満	
		1回につき187単位	
		1時間以上	
		1回につき280単位	
<input type="checkbox"/>	欠席時対応加算	1回につき	
	利用予定日に急病等で利用中止となった場合に安否確認等をおこなった場合に月4回を限度とし算定します。	94	単位
<input type="checkbox"/>	就労移行支援体制加算(Ⅰ)(7.5:1) 定員20人以下	80	単位
	就労継続支援A型支援の利用を経て一般就労し、就職後6月以上、職場への定着支援をしている者がいる場合の定着実績を評価し算定します。		
<input type="checkbox"/>	賃金向上達成指導員配置加算 定員20人以下	70	単位
	就労継続支援A型サービス費(Ⅰ)を算定する事業所で賃金向上計画を作成するとともに、賃金向上達成指導員を常勤換算方法で1人以上配置し、当該指導員等の		

	総数が常勤換算方法で利用者の数を6で除した数以上である配置の場合に算定します。		
□	医療連携体制加算		
	(Ⅰ) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に1時間未満	32	単位
	(Ⅱ) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に1時間以上2時間未満	63	単位
	(Ⅲ) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に2時間以上	125	単位
	(Ⅳ) (1) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者1人の場合	800	単位
	(Ⅳ) (2) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者2人の場合	500	単位
	(Ⅳ) (3) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者3人以上8人以下の場合	400	単位
	(Ⅴ) 看護職員が介護職員等に喀痰吸引等に係る指導のみを行った場合に算定します。	500	単位
	(Ⅵ) 研修を受けた介護職員等が喀痰吸引等を実施した場合に算定します。	100	単位
□	利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	150	単位
	利用者負担額合計額の管理を行った場合、業務負担を評価する加算を月1回を限度として算定します。		
□	食事提供体制加算	30	単位
	低所得者を対象として食費の負担限度額となります。食材費相当の額は負担徴収となり、人件費相当分として加算算定します。		
□	送迎加算(Ⅰ)	片道につき	
	1回の送迎につき平均10人以上が利用し、かつ、週3回以上の送迎を実施している場合に片道につき算定します。	21	単位
□	送迎加算(Ⅱ)	片道につき	
	1回の送迎につき平均10人以上が利用している。又は	10	単位

	週3回以上の送迎を実施している場合に加算算定します。		
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービスの体験利用支援加算（Ⅰ） 就労支援事業所等における体験の機会・場の機能を強化する観点から、拠点等として機能を担う場所の日中活動系サービス体験利用支援を評価し算定します。サービス利用初日から5日までの期間とします。	500	単位
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービスの体験利用支援加算（Ⅱ） 就労支援事業所等における体験の機会・場の機能を強化する観点から、拠点等として機能を担う場所の日中活動系サービス体験利用支援を評価し算定します。サービス利用6日から15日までの期間とします。	250	単位
<input type="checkbox"/>	在宅時生活支援サービス加算 在宅利用者が就労移行支援又は就労継続支援をうけている同一時間帯に生活支援に関する支援を当該サービス提供事業所の負担において提供した場合に算定します。	300	単位
<input type="checkbox"/>	社会生活支援特別加算 適切な支援を行うために必要な職員や、その職員の支援の研修環境などが整っている場合に算定します。	480	単位
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の5.7% 福祉・介護職員を中心とした従業者の処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（5.7%）	単位
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の1.5% 福祉・介護職員等で介護福祉士、経験及び技能を有すると認められる者を対象として更なる処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（1.5%）	単位
<input type="checkbox"/>	福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の1.3% 福祉・介護職員等を中心とした従業者の処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（1.3%）	単位

（ 就労B型）

	報酬単価の算定要件	単位数
<input type="checkbox"/>	就労継続支援B型サービス費（Ⅰ）（6:1）	

	定員 20 人以下		
	前年度の平均工賃額が 4 万 5 千円以上の場合の区分として基本報酬を算定します。	837	単位
	前年度の平均工賃額が 3 万 5 千円以上 4 万 5 千円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	805	単位
	前年度の平均工賃額が 3 万円以上 3 万 5 千円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	758	単位
	前年度の平均工賃額が 2 万 5 千円以上 3 万円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	738	単位
	前年度の平均工賃額が 2 万円以上 2 万 5 千円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	726	単位
	前年度の平均工賃額が 1 万 5 千円以上 2 万円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	703	単位
	前年度の平均工賃額が 1 万円以上 1 万 5 千円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	673	単位
	前年度の平均工賃額が 1 万円未満の場合の区分として基本報酬を算定します。	590	単位
<input type="checkbox"/>	利用者の数が利用定員を超える場合が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	職業指導員又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が算定の適用をされる月から 2 月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	職業指導員又は生活支援員の員数が基準に満たない場合が 3 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が減算適用される月から 4 月目まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	サービス管理責任者の員数が基準に満たない場合が 5 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 B 型計画等が作成されていない場合が減算適用される月から 2 月まで状態が発生した際減算します。	基本単位 × 70/100	単位
<input type="checkbox"/>	就労継続支援 B 型計画等が作成されていない場合が 3 月以上連続して減算の状態が発生した際減算します。	基本単位 × 50/100	単位
<input type="checkbox"/>	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 (I)	51	単位
	視覚・聴覚障害のある者が利用者の 50/100 以上であり、視覚障害者等との意思疎通に関し、専門性を有す		

	る職員を利用者の数を 40 除じた数以上配置している場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	視覚・聴覚言語障害者支援体制加算(Ⅱ) 視覚・聴覚障害のある者が利用者の 30/100 以上であり、視覚障害者等との意思疎通に関し、専門性を有する職員を利用者の数を 50 除じた数以上配置している場合に算定します。	41	単位
<input type="checkbox"/>	高次機能障害者支援体制加算 高次機能障害者支援者養成研修を終了した相談支援専門員を事業所に配置し、利用者に対して指定計画相談支援を行っている場合に算定します。	41	単位
福祉専門職配置等加算			
<input type="checkbox"/>	(Ⅰ) 常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が 35%以上で雇用されている事業所について算定します。	15	単位
<input type="checkbox"/>	(Ⅱ) 常勤で配置されている従業者のうち、社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士又は公認心理士である従業者の割合が 25%以上で雇用されている事業所について算定します。	10	単位
<input type="checkbox"/>	(Ⅲ) 生活支援員等のうち、常勤職員が 75%以上又は勤続 3 年以上の常勤職員が 30%以上雇用されている事業所について算定します。	6	単位
<input type="checkbox"/>	初期加算(利用開始日から 30 日を限度) サービス利用の利用開始日から起算して 30 日以内において算定します。	30	単位
<input type="checkbox"/>	訪問支援特別加算 連続した 5 日間、就労支援等の利用がなかった場合において、就労継続支援 B 型計画等に基づき、利用者の居宅を訪問し相談援助を行った場合 1 時間未満若しくは 1 時間以上で月 2 回まで算定します。	1 時間未満 1 回につき 1 時間以上 1 回につき	187 単位 280 単位
<input type="checkbox"/>	欠席時対応加算 利用予定日に急病等で利用中止となった場合に安否確認等をおこなった場合に月 4 回を限度とし算定します。	1 回につき 94	単位
<input type="checkbox"/>	就労移行支援体制加算(Ⅰ)(6:1) 定員 20 人以下 就労継続支援 B 型支援の利用を経て一般就労し、就職	58	単位

	後6月以上、職場への定着支援をしている者がいる場合の定着実績を評価し算定します。		
□	就労移行連携加算	1回につき	
	就労支援移行事業所との連絡調整や特定相談支援事業所への情報提供などを実施した際に算定します。	1,000	単位
□	目標工賃達成指導員配置加算 イ) 定員20人以下	45	単位
	就労継続支援B型サービス費(I)を算定する事業所で目標工賃達成計画を作成するとともに、目標工賃達成指導員を常勤換算方法で1人以上配置し、当該指導員等の総数が常勤換算方法で利用者の数を6で除した数以上である配置の場合に算定します。		
□	目標工賃達成加算	10	単位
	工賃向上計画に基づき、工賃が実際に向上した場合に算定します。		
□	利用者負担上限額管理加算(月1回を限度)	150	単位
	利用者負担額合計額の管理を行った場合、業務負担を評価する加算を月1回を限度として算定します。		
□	集中的支援加算	1,000	単位
	状態が悪化した強度行動障害を有する児への集中的支援を行った場合に月4回を限度に算定します。		
□	医療連携体制加算		
	(I) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に1時間未満	32	単位
	(II) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に1時間以上2時間未満	63	単位
	(III) 看護職員が事業所を訪問して利用者(上限8人)に対して看護を行った場合に算定します。 ※医療的ケアを必要としない利用者に2時間以上	125	単位
	(IV) (1) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者1人の場合	800	単位
	(IV) (2) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者2人の場合	500	単位
	(IV) (3) 看護職員が事業所を訪問して医療的ケアを	400	単位

	必要とする利用者に対して看護を行った場合に算定します。※利用者3人以上8人以下の場合		
	(V) 看護職員が介護職員等に喀痰吸引等に係る指導のみを行った場合に算定します。	500	単位
	(VI) 研修を受けた介護職員等が喀痰吸引等を実施した場合に算定します。	100	単位
<input type="checkbox"/>	食事提供体制加算	30	単位
	低所得者を対象として食費の負担限度額となります。食材費相当の額は負担徴収となり、人件費相当分として加算算定します。		
<input type="checkbox"/>	送迎加算 (I)	片道につき 21	単位
	1回の送迎につき平均10人以上が利用し、かつ、週3回以上の送迎を実施している場合に片道につき算定します。		
<input type="checkbox"/>	送迎加算 (II)	片道につき 10	単位
	1回の送迎につき平均10人以上が利用している。又は週3回以上の送迎を実施している場合に加算算定します。		
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービスの体験利用支援加算 (I)	500	単位
	就労支援事業所等における体験の機会・場の機能を強化する観点から、拠点等として機能を担う場所の日中活動系サービス体験利用支援を評価し算定します。サービス利用初日から5日までの期間とします。		
<input type="checkbox"/>	障害福祉サービスの体験利用支援加算 (II)	250	単位
	就労支援事業所等における体験の機会・場の機能を強化する観点から、拠点等として機能を担う場所の日中活動系サービス体験利用支援を評価し算定します。サービス利用6日から15日までの期間とします。		
<input type="checkbox"/>	在宅時生活支援サービス加算	300	単位
	在宅利用者が就労移行支援又は就労継続支援を受けている同一時間帯に生活支援に関する支援を当該サービス提供事業所の負担において提供した場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	社会生活支援特別加算	300	単位
	適切な支援を行うために必要な職員や、その職員の支援の研修環境などが整っている場合に算定します。		
<input type="checkbox"/>	地域協働加算	30	単位
	生産活動の一環として地元企業や自治体、住民などと		

	協働し、その取組みを外部に公表した場合に算定します。		
□	ピアサポート実施加算 指定のピアサポート研修を終了した障害や難病のある・または過去にあった職員（以下、障害のある職員）などを配置し、ピアサポートとしての支援を実施した場合に算定します。	100	単位
□	福祉・介護職員処遇改善加算（Ⅰ） 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の5.4% 福祉・介護職員を中心とした従業員の処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（5.4%）	単位
□	福祉・介護職員等特定処遇改善加算（Ⅱ） 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の1.5% 福祉・介護職員等で介護福祉士、経験及び技能を有すると認められる者を対象として更なる処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（1.5%）	単位
□	福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の1.3% 福祉・介護職員を中心とした従業員の処遇改善を図るための費用となります。	所定単位 ×加算率（1.3%）	単位

(2) 介護給付費等対象外サービス内容の料金

上記「7. サービス提供の内容（2）介護給付費等対象外サービス内容」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用の取り消し料金

利用者がサービス利用の取り消し（キャンセル）する場合は、利用予定日の1日前までに当事業所までお申し出ください。

尚、サービス利用日の1日前までに申出のない場合は、キャンセル料を頂く場合があります。

キャンセル料（食費の実費相当額）1日あたり	600円
-----------------------	------

(4) 利用料金のお支払方法

前記（1）（2）（3）の料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。

① 当事業所窓口での現金支払い

② 金融機関口座からの口座振替

※ご利用できる金融機関：ゆうちょ銀行、JA、広島みどり信金

9. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録及び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。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は、午前8：30～午後5：00です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

10. 緊急時の対応

利用者の病状急変等の緊急時には、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

利用者のかかりつけ医療機関	医療機関名： _____ 診療科： _____ 主治医： _____ 所在地： _____ 電話番号： _____
緊急連絡先①	住所： _____ 電話番号： _____ 携帯電話： _____ 氏名： _____ 続柄： _____
緊急連絡先②	住所： _____ 電話番号： _____ 携帯電話： _____ 氏名： _____ 続柄： _____

11. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 要望・苦情・虐待等申立先

当事業所 ご利用相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> ・ 苦情・虐待窓口担当者 延原 大輔 ・ 苦情・虐待解決責任者 森重 利夫 ・ ご利用時間 8：30 ～ 17：00 ・ 電話番号 0824-72-1233 ・ F A X 0824-72-1299 ・ 担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。
-----------------	---

第三者委員	上杉千恵美 電話番号0824-73-0559 歌手
	奥 易之 電話番号0824-88-2548 無職
	宮崎 文隆 電話番号0824-66-2317 団体役員
庄原市役所 社会福祉課障害者福祉係	・所在地：広島県庄原市中本町1丁目10-1 ・電話番号：0824-73-1210
広島県運営適正化委員会	・所在地：広島県広島市南区比治山本町12-2 ・電話番号：082-254-3419 ・FAX：082-569-6161

12. 協力医療機関

(1)

医療機関の名称	高場クリニック
医 院 長 名	高 場 憲 夫
所 在 地	三次市三良坂町三良坂877-5
電 話 番 号	0824-44-2057
診 療 科	内科

(2)

医療機関の名称	庄原赤十字病院
医 院 長 名	中 島 浩 一 郎
所 在 地	庄原市西本町2-7-10
電 話 番 号	0824-72-3111
診 療 科	外科、整形外科、内科ほか

13. 非常災害時の対策

非常時の対応	別途定める消防計画書により対応いたします。
平時の訓練	別途定める消防計画書に則り、年2回、避難・防災訓練を、利用者の方も参加して実施します。
防災設備	・自動火災報知機 有 ・誘導灯 有 ・ガス漏れ報知機 無 ・消火器 有 ・カーテン等は防災性能のある物を使用しています。
保険加入	事故・災害に備えて、損害賠償保険に加入しています。 加入保険会社名：株式会社 損害保険ジャパン 加入保険内容：社会福祉施設総合損害補償

14. 当事業所ご利用の際に留意いただく事項

設備・器具の利用	事業所内の設備、器具は本来の用法にしたがってご利用ください。これに反したご利用により破損が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫煙	全館禁煙です。
貴重品の管理	貴重品は、利用者の責任において管理していただきます。自己管理のできない利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。
宗教活動、政治活動、営利活動	利用者の思想、信仰は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

令和 年 月 日

指定障害者多機能型事業所里山福業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。

事業者名：社会福祉法人 優輝福祉会
事業者住所：広島県三次市吉舎町吉舎606番地
事業所名：障害者多機能型事業所里山福業
代表者氏名：理事長 森重 利夫 印

説明者職名： _____ 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者多機能型事業所里山福業の提
供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者)
住所： _____
氏名： _____ 印

(代筆者)
住所： _____
氏名： _____ 印

続 柄： _____

(代筆理由： _____)

(ご家族代表)
住所： _____
氏名： _____ 印

続 柄： _____