

障害者多機能型事業所 みとう温泉

重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福社会

障害者多機能型事業所みとう温泉 重要事項説明書

あなたに対するサービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

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 6 0 6 番地
電 話 番 号	0 8 2 4－4 3－3 1 2 1
代表者氏名	理事長 森重 利夫
設 立 年 月	平成 2 年 1 2 月 1 3 日

2. 利用施設

事業の種類		☐ 指定生活介護事業 ☐ 指定就労継続支援 B 型事業
主たる事業所	事業所の名称 (事業所番号)	障害者多機能型事業所みとう温泉 平成 18 年 10 月 1 日指定 (3 4 1 2 1 0 0 1 0 3)
	事業所の所在地	広島県庄原市宮内町美湯 6 3 5 3－2
出張所	事業所の名称	障害者多機能型事業所みとう温泉 みず幸場
	事業所の所在地	広島県庄原市総領町中領家字宮内 4 8 5 番地 1
連 絡 先		電話番号 0 8 2 4－7 5－0 3 1 0 ファックス 0 8 2 4－7 3－1 0 5 0 E－M A I L mito@yuukifukushikai.com
管 理 者		森 重 利 夫
サービス管理責任者		迫 清 香
サービスの実施地域		庄原市、三次市、府中市、神石高原町
主たる対象者 (生活介護)		常時介護が必要な障害者であって、障害程度区分 3（併せて施設入所支援を利用する場合は区分 4）以上である者、又は年齢が 5 0 歳以上で、障害程度区分 2（併せて施設入所支援を利用する場合は区分 3）以上である者
(就労 B 型)		通常の事業所に雇用されることが困難な障害者のうち次のいずれかに該当する者 ① 就労経験があり、年齢や体力の面で一般企業に雇用されることが困難となった者 ② 就労移行支援事業を利用した結果、B 型の利用が適当と判断された者 ③ 上記に該当しない者で、5 0 歳に達している者又は障害基礎年金 1 級受給者

定 員	(生活介護) 10名 (就労B型) 30名
開設年月日	平成18年10月1日

3. サービスの目的・運営方針

目的 (生活介護)	介護、日常生活上の支援、軽作業等の生産活動や創作的活動の機会の提供、これらを通じた身体能力、日常生活能力の維持・向上を目的とします。
(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	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。 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。 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。 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。

4. サービスに係る設備の概要

	部屋数	備 考
訓練・作業室	1	
相談室	1	
洗面所	1	
便 所	3	
多目的室	1	
食 堂	1	
浴 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6月1日現在

	職 種	員 数	勤 務 体 系
介 護 生 活	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	//
	医 師	1	

	看護職員	1	正規の勤務時間帯（８：３０～１７：００）
	生活支援員	6	〃
	機能訓練指導員		
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	6	〃
	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

	☐ 生活介護	☐ 就労B型
営業日	月曜日から金曜日まで (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	午前9時20分から午後4時まで	

7. サービス提供の内容

(1) 介護給付費等対象サービス内容

サービスの種類		サービスの内容
生活介護	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。
	訓練	生活能力の維持向上のための食事や家事等の日常生活能力を向上するための訓練を行います。(日常生活訓練・社会適応訓練等)
	介護	利用者の状況に応じて適切な技術をもって食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
	事業所外支援	常時サービスを利用している利用者が、心身の状況の変化により、5日以上連続して利用がなかった場合は居宅を訪問して利用状況を確認し、月2回を限度として同意の上で支援を行います。
	健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また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。
	創作的活動	創作的活動の機会を提供します。

	生産活動	軽作業等の生産活動の機会を提供します。 <工賃の支払> 上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。
	送迎サービス	希望により送迎を行います。
就 労 B 型	訓 練	就労に必要な知識及び能力の向上のための必要な訓練を行います。
	生産活動	生産活動の機会を提供します。 <工賃の支払> 上記生産活動における事業収入から必要経費を差し引いた額に相当する金額を工賃として、生産活動に従事している利用者に支払います。
	実習の支援	事業所とは別の場所で行われる企業における実習への支援を行います。
	送迎サービス	自主通勤が出来ない場合、希望により送迎を行います。

(2) 介護給付費等対象外サービス内容（共通）

サービスの種類	サービスの内容	金 額
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間 昼食 12:00～ ※低所得者の軽減措置適用の場合 栄養と利用者の身体状況や嗜好に配慮し、バラエティーに富んだ手作りの食事を提供します。	600円 ※300円
洗濯代		100円/回
創作的活動 及び生産活動等	創作的活動及び生産活動を行う上でかかる費用で、負担して頂くことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実 費
日常生活上必要 となる諸経費	利用者の日常生活に要する費用で、負担して頂くことが適当であるものに関わる費用をいただきます。	実 費
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（署名等）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) 介護給付費等対象サービス内容の料金

介護給付費等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。

◆介護給付費等から給付されるサービス （10 円／単位）

(□ 生活介護)

(1 日につき)

報酬単価の算定要件		単位数	
	生活介護サービス費 定員 31 人以上 40 人以下 各支援区分に応じて基本単位を算定します。		
☐	区分 6 (3 時間未満)	447	単位
☐	区分 5 (3 時間未満)	331	単位
☐	区分 4 (3 時間未満)	226	単位
☐	区分 3 (3 時間未満)	203	単位
☐	区分 2 以下 (3 時間未満)	184	単位
☐	区分 6 (3 時間以上 4 時間未満)	558	単位
☐	区分 5 (3 時間以上 4 時間未満)	414	単位
☐	区分 4 (3 時間以上 4 時間未満)	284	単位
☐	区分 3 (3 時間以上 4 時間未満)	253	単位
☐	区分 2 以下 (3 時間以上 4 時間未満)	229	単位
☐	区分 6 (4 時間以上 5 時間未満)	670	単位
☐	区分 5 (4 時間以上 5 時間未満)	497	単位
☐	区分 4 (4 時間以上 5 時間未満)	340	単位
☐	区分 3 (4 時間以上 5 時間未満)	305	単位
☐	区分 2 以下 (4 時間以上 5 時間未満)	277	単位
☐	区分 6 (5 時間以上 6 時間未満)	782	単位
☐	区分 5 (5 時間以上 6 時間未満)	579	単位
☐	区分 4 (5 時間以上 6 時間未満)	396	単位
☐	区分 3 (5 時間以上 6 時間未満)	355	単位

☐	区分 2 以下（5 時間以上 6 時間未満）	322	単位
☐	区分 6（6 時間以上 7 時間未満）	1,087	単位
☐	区分 5（6 時間以上 7 時間未満）	808	単位
☐	区分 4（6 時間以上 7 時間未満）	553	単位
☐	区分 3（6 時間以上 7 時間未満）	495	単位
☐	区分 2 以下（6 時間以上 7 時間未満）	450	単位
☐	区分 6（7 時間以上 8 時間未満）	1,116	単位
☐	区分 5（7 時間以上 8 時間未満）	829	単位
☐	区分 4（7 時間以上 8 時間未満）	567	単位
☐	区分 3（7 時間以上 8 時間未満）	507	単位
☐	区分 2 以下（7 時間以上 8 時間未満）	461	単位
☐	区分 6（8 時間以上 9 時間未満）	1,178	単位
☐	区分 5（8 時間以上 9 時間未満）	890	単位
☐	区分 4（8 時間以上 9 時間未満）	629	単位
☐	区分 3（8 時間以上 9 時間未満）	568	単位
☐	区分 2 以下（7 時間以上 9 時間未満）	522	単位
☐	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
☐	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
☐	生活介護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
☐	生活介護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
☐	人員配置体制加算(Ⅳ)(2.5:1) 定員 20 人以下 直接処遇生活支援員等を加配した場合に算定しま す。	51	単位
☐	常勤看護職員等配置加算 定員 6 人以上 10 人以下 医療的なケアを必要とする利用者に対し常勤換算 で 1 以上配置し、判定スコアの各項目に規定する状 態に該当する利用者を 1 名以上受け入れている場合	30	単位

	に算定します。		
☐	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ） 事業所の全常勤の直接支援員職員のうち社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・公認心理師・作業療法士の資格を有する職員の割合が 35%以上の場合に算定します。	15	単位
☐	福祉専門職員配置等加算（Ⅱ） 事業所の全常勤の直接支援員職員のうち社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・公認心理師・作業療法士の資格を有する職員の割合が 25%以上の場合に算定します。	10	単位
☐	福祉専門職員配置等加算（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
	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
☐	（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
☐	高次機能障害者支援体制加算 高次脳機能障害支援者養成研修を修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
☐	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
☐	訪問支援特別加算 連続した 5 日間、生活介護等の利用がなかった場合において、生活介護計画等に基づき、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
☐	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
	重度障害者支援加算		
☐	(Ⅰ) 重度心身障害者が２名以上利用しており、人員配置体制加算(Ⅰ)と常勤看護職員配置加算(Ⅲ)を算定配置している場合に算定します。	50	単位
☐	(Ⅱ) 生活支援員のうち 20%以上の基礎研修修了者を配置し、区分６かつ行動関連項目 10 点以上のものに対して、実践研修修了者作成の支援計画シート等に基づき個別支援を行った場合に算定します。 ※加算の算定を開始した日から起算して 180 日以内	360	単位
		500	単位
☐	(Ⅲ) 生活支援員のうち 20%以上の基礎研修修了者を配置し、区分４以上かつ行動関連項目 10 点以上の者に対して、実践研修修了者作成の支援計画シートに基づき個別支援を行った場合 ※加算の算定を開始した日から起算して 180 日以内	180	単位
		400	単位
	リハビリテーション加算		
☐	(Ⅰ) 頸髄損傷による四肢の麻痺等の状態にある者に対して、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が中心となって、生活介護の利用者ごとのリハビリテーション計画を作成し、個別のリハビリテーションを行った場合に算定します。	48	単位
☐	(Ⅱ) 頸髄損傷による四肢の麻痺等の状態にある者以外に理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等が中心となって、生活介護の利用者ごとのリハビリテーション計画を作成し、個別のリハビリテーションを行った場合に算定します。	20	単位
☐	就労移行支援体制加算 定員 20 人以下	42	単位
	生活介護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。		
☐	緊急時受入加算	100	単位
	障害の特性に起因して生じた緊急事態等の際に、夜間に支援を行っ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 回限度として算定します。		
☐	食事提供体制加算 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。	30	単位
☐	送迎加算 (Ⅰ) 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。	片道につき 21	単位
☐	(Ⅱ) 1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用または、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。	片道につき 10	単位
☐	障害福祉サービスの体験利用支援加算 (Ⅰ) 生活介護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
☐	障害福祉サービスの体験利用支援加算 (Ⅱ) 生活介護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
☐	入浴支援加算 医療的ケアが必要な方・重度心身障害の方に入浴支援を行った場合に算定します。	80	単位
☐	喀痰吸引等実施加算 医療的ケアが必要な者であって、喀痰吸引等が必要な者に対して喀痰吸引等を実施する者として登録した事業所において、喀痰吸引等の実施のための研修を修了した職員が喀痰吸引等を実施した場合に算定します。	30	単位
☐	栄養スクリーニング加算 利用開始時、利用中 6 月ごとに、利用者の栄養状態を確認し、その情報を担当する相談支援専門員に提供した場合に算定します。	5	単位

□	栄養改善加算	200	単位
	低栄養、または過栄養状態にある利用者、またはその恐れがある利用者に対し、個別的な栄養食事相談等の栄養管理であって、利用者の心身の状態の維持または向上に資すると認められるものを行った場合に3月以内の期間で1月2回算定します。		
□	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算定します。		
□	福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ）	所定単位数	
	1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の8.1%を算定します。	×加算率（8.1%）	
	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。	単位	

（☐ 就労B型）

報酬単価の算定要件		単位数	
☐	就労継続支援B型サービス費（Ⅰ）（6:1） 定員21人以上40人以下 前年度の平均工賃額にて基本報酬を算定します。		
☐	平均工賃月額が4万5千円以上の場合	746	単位
☐	平均工賃月額が3万5千円以上4万5千円未満の場合	717	単位
☐	平均工賃月額が3万円以上3万5千円未満の場合	676	単位
☐	平均工賃月額が2万5千円以上3万円未満の場合	660	単位
☐	平均工賃月額が2万円以上2万5千円未満の場合	637	単位
☐	平均工賃月額が1万5千円以上2万円未満の場合	624	単位
☐	平均工賃月額が1万円以上1万5千円未満の場合	600	単位
☐	平均工賃月額が1万円未満の場合	526	単位
☐	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
☐	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
☐	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

☐	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
☐	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
☐	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
	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
☐	福祉専門職員配置等加算（Ⅰ） 事業所の全常勤の直接支援員職員のうち社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・公認心理師・作業療法士の資格を有する職員の割合が35%以上の場合に算定します。	15	単位
☐	福祉専門職員配置等加算（Ⅱ） 事業所の全常勤の直接支援員職員のうち社会福祉士・介護福祉士・精神保健福祉士・公認心理師・作業療法士の資格を有する職員の割合が25%以上の場合に算定します。	10	単位
☐	福祉専門職員配置等加算（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
	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
☐	（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
☐	高次機能障害者支援体制加算 高次脳機能障害支援者養成研修を修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	41	単位

	画相談支援を行っている場合に算定します。		
□	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。		
□	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	187 単位
		1 時間以上 1 回につき	280 単位
□	欠席時対応加算	1 回につき 94	単位
	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。		
□	就労移行支援体制加算 (I) (6:1) (7.5:1) 定員 21 人以上 40 人以下	32	単位
	就労継続支援 B 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。		
□	就労移行連携加算	1,000	単位
	就労移行支援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。		
□	目標工賃達成指導員配置加算 (I) 定員 21 人以上 40 人以下	40	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。		
□	医療連携体制加算	32	単位
	(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		

☐	(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
☐ 4	(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
☐	緊急時受入加算	100	単位
	障害の特性に起因して生じた緊急事態等の際に、夜間に支援を行っ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) 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。	150	単位
☐	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	片道につき 21	単位
	(Ⅰ) 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。		
☐	(Ⅱ) 1 回の送迎につき平均 10 人以上が利用または、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。	片道につき 10	単位

☐	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する。サービス利用初日から５日までの期間とします。	500	単位
☐	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
☐	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
☐	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
☐	地域協働加算 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、その取組み外部に公表した場合に算定します。	30	単位
☐	ピアサポート実施加算 指定のピアサポート研修を修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。	1月につき 100	単位
☐	福祉・介護職員等処遇改善加算（Ⅰ） 1月の基本サービス費と各種加算額の合計額の9.3% 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。	所定単位数 ×加算率（9.3%） 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、J A、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. 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 8 7 7 - 5
電 話 番 号	0 8 2 4 - 4 4 - 2 0 5 7
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 - 1 0
電 話 番 号	0 8 2 4 - 7 2 - 3 1 1 1
診 療 科	外科、整形外科、内科ほか

12. 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	・ 苦情・虐待窓口担当者 山上 千鶴子 ・ 苦情・虐待解決責任者 森重 利夫 ・ ご利用時間 8 : 3 0 ~ 1 7 : 0 0 ・ 電話番号 0 8 2 4 - 7 5 - 0 3 1 0 ・ F A X 0 8 2 4 - 7 3 - 1 0 5 0 ・ 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 0 8 2 4 - 7 3 - 0 5 5 9 歌手
	奥 易之 電話番号 0 8 2 4 - 8 8 - 2 5 4 8 無職
	宮崎 文隆 電話番号 0 8 2 4 - 6 6 - 2 3 1 7 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 1 0 - 1 ・ 電話番号：0 8 2 4 - 7 3 - 1 2 1 0

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
-------------	---

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 有 ・非常通報装置 有 ・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。
消防計画	消防署への届出日： 平成 29 年 12 月 1 日 防火管理者： 佐々木 諭
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いたします。紛失や間違い予防の為、持ち物等に必ず名前を記入してください。
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。
職員に対する暴力行為等	職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）及び職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）は、厳に慎んでください。

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス多機能型事業所みとう温泉の提供及び利用の開始に際し、本書面に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 優輝福社会

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みとう温泉

代表者氏名：理事長 森重 利夫

説明者職名：_____ 氏名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から指定障害者福祉サービス多機能型事業所みとう温泉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：_____

(代筆者)

住 所：_____

氏 名：_____

続 柄：_____

(代筆理由：_____)

(ご家族代表)

住 所：_____

氏 名：_____

続 柄：_____