

じゅうようじ こうせつめいしょ
重要事項説明書

しゃかい ふくしほうじん ふくずみかい
社会福祉法人 福角会

していせいかつかい ごじぎょうしょ きょうせいがた
指定生活介護事業所(共生型)

MORE

【指定生活介護事業所 MORE(共生型) 重要事項説明書】

1. サービスを提供する事業者

| | |
|---------|----------------------------------|
| 名称 | 社会福祉法人 福角会 |
| 所在地 | 愛媛県松山市福角町甲1829番地 |
| 電話番号 | 電話 089-978-5855 FAX 089-978-5856 |
| 代表者氏名 | 理事長 芳野 道子 |
| 法人の設立年月 | 昭和47年5月31日 |

2. 利用事業所

| | |
|---------------|--|
| 事業所の種類 | 生活介護事業 |
| 指定年月日 | 令和3年4月1日 |
| 事業所番号 | 愛媛県 第 3810105308 号 |
| 事業所の名称 | MORE |
| 主たる対象者 | 知的障害者（18歳未満を除く） |
| 事業所の所在地 | 愛媛県松山市福角町甲1434番地1 |
| 連絡先 | 電話:089-909-3646 / FAX:089-909-3648 |
| 建物の構造 | 鉄骨造・平屋建 |
| 延床面積 | 379.88㎡ |
| 敷地面積 | 1148.72㎡ |
| 施設長(管理者) | 青野 一 |
| サービス管理責任者 | 中平 華奈 |
| 営業日 | 月曜日から金曜日までとする。ただし、祝祭日及び年末年始については、土曜日等に振り替えて実施することもある。 |
| 営業時間・サービス提供時間 | (営業時間) 午前9時から午後5時までとする。 (サービス提供時間) 午前9時から午後4時までとする。ただし、上記以外もサービス提供をすることがある。 |
| 主なサービス提供地域 | 松山市(島嶼部を除く)全域 |
| 事業の目的 | 社会福祉法人福角会が設置するMOREが行う指定生活介護の事業の適正な運営を確保するために人員及び管理・運営に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った適切かつ円滑な指定生活介護の提供を確保することを目的とする。 |

| | |
|---|---|
| <p>うんえい ほうしん 運営の方針</p> | <p>①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、常時または一時的な介護を要する利用者に対して、入浴、排せつ又は食事の介護、創作的活動・社会体験活動又は生産活動の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行うものとする。</p> <p>②利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努めるものとする。</p> <p>③地域の結び付きを重視し、関係市町、他の障害福祉サービス事業者その他の保険医療福祉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るものとする。</p> <p>④障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律(平成17年法律第123号)及び松山市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等を定める条例(平成24年12月26日松山市条例第60号)並びに松山市障害福祉サービス事業の設備及び運営に関する基準等を定める条例(平成24年12月26日松山市条例第62号)に定める内容のほかその他の関係法令等を遵守するものとする。</p> |
| <p>じぎょうしょ かいせつねんがつび 事業所の開設年月日</p> | <p>れいわ ねん がついつち 令和3年4月1日</p> |
| <p>ていん 定員</p> | <p>めい 30名</p> |
| <p>だいししゃひょうか じっしじょうきょう 第三者評価の実施状況</p> | <p>じっし うむ なし 実施の有無:無</p> <p>じっし ねんがつび 実施年月日:</p> <p>ひょうかきかん ないしやう 評価機関の名称:</p> <p>けっか かいじじょうきょう 結果の開示状況:</p> |
| <p>じこひょうか じっしじょうきょう 自己評価の実施状況</p> | <p>じっし うむ なし 実施の有無:無</p> <p>じっし ないしやう 実施の内容:</p> <p>じっし ねんご 実施年度:</p> |

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 施設・設備の概要

| 施設・設備の種類 | 面積 | 備考 |
|-------------------|--|---|
| 機能訓練室 | 115.88 m ² | 有効面積102m ² (一人当たり:3.4 m ²) |
| 多目的室(静養室) | 6.84 m ² | |
| 多目的室(コミュニティ・キッチン) | 10.26 m ² | |
| 多目的室(談話室) | 8.76 m ² | |
| 便所 | 9.45 m ² 9.45 m ² 5.31 m ² 2.16 m ² | 女性トイレ 男性トイレ 多目的トイレ 職員トイレ |

| | | |
|---------------------------|--|---|
| よくしつ だついしつ 浴室・脱衣室 | 6.13 m ² 5.13 m ² 9.07 m ² 4.97 m ² | よくしつ 浴室1 だついしつ 脱衣室1 よくしつ 浴室2 だついしつ 脱衣室2 |
| せんたくしつ 洗濯室 | 6.75 m ² | |
| こういしつ 更衣室 | 2.91 m ² 1.55 m ² | じよせいこういしつ 女性更衣室 だんせいこういしつ 男性更衣室 |
| ちゆうぼう 厨房 | 32.26 m ² 8.15 m ² 6.85 m ² | ちゆうぼう 厨房 けんしゆう したしよりにしつ 検収・下処理室 ちゆうぼうけしよりにしつ こういしつ 厨房化粧室・更衣室 |
| しえんいんしつ じむしつ 支援員室(事務室) | 33.13 m ² | |
| そうだんしつ 相談室 | 8.37 m ² | |
| エントランス | 18.00 m ² 12.81 m ² | エントランス・ルーム エントランス・ホール |
| その他の設備 | 36.67 m ² | ろうか そうこ しゆうのうなど 廊下・倉庫・収納等 |

(2) 施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所における施設・設備をご利用いただくにあたって以下の点にご注意下さい。

- * 宗教活動・政治活動・営利活動…利用者の思想、信教は自由ですが、他の利用者に対する宗教活動、政治活動および営利活動はご遠慮下さい。
- * 危険物等…危険物の持ち込みは禁止いたします。

4. 従業員の配置状況

従業員については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、利用者に対して生活介護を提供する者として、下記の職種の従業員を配置しています。

《主な従業員の配置状況》

| 職 種 | 員数 | |
|----------------------------------|-------|------------|
| 1. 管理者 | 1名 | |
| 2. サービス管理責任者 | 1名以上 | うち1名人以上は常勤 |
| 3. 生活支援員 | 1名以上 | うち1名人以上は常勤 |
| 4. 看護師 | 1名以上 | |
| 5. 理学療法士又は作業療法士 | 1名以上 | |
| 6. 生活支援員、看護師、 理学療法士又は作業療法士の総数 | 10名以上 | |
| 7. 医師 | 1名以上 | |
| 8. 栄養士 | 1名以上 | |
| 9. 調理員 | 1名以上 | |

《主な職種の勤務体制》

| 職種 | 勤務体制 | | | |
|-------------------------------------|----------------------|------------|----|------------|
| 管理者 サービス管理責任者 生活支援員・看護師 作業療法士 | 通常 | 8:30～17:30 | | |
| | 早出 | 8:00～17:00 | | |
| | 遅出 | 9:00～18:00 | | |
| 栄養士・調理員 | 通常 | 8:30～17:30 | 早出 | 8:00～17:00 |
| 医師 | 14:10～14:45(毎月第1火曜日) | | | |

※作業療法士は、非常勤専従とし、他事業所にも従事する。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- | |
|--|
| (1) 介護給付費等から給付されるサービス (2) 利用料金の全額をご利用者に負担いただくサービス〔①以外のサービス〕 |
|--|

(1) 介護給付費等から給付されるサービス

次に説明するサービスについては、**食費・入浴光熱水費を除き、サービス利用料金全体のうち 9割が介護給付費等の給付対象となります。**事業所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、利用者は、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(定率負担または利用者負担額といいます)。

《サービスの概要》

すべてのサービスは、「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、利用者の同意をいただきます。また、必要に応じて随時「個別支援計画」の見直しを行います。個別支援計画の作成にあたっては、個別支援会議へ利用者本人が参加することを原則とし、当該利用者の意向等を確認します。

なお、「個別支援計画」の写しは、利用者および相談支援事業者に交付いたします。

1. 「支援・介護等」

- …利用者の心身の状況に応じて、日常生活上必要な支援・介護等を提供します。
- …適切な技術をもって介護・支援し、日常生活動作が習慣化するよう支援します。
- …着替え、整容その他日常生活上必要な支援を適切に行います。

2. 「食事の提供」

- …利用者の心身の状況や嗜好を考慮し、年齢と障害の特性に応じた栄養及び内容の食事を、適切な時間に提供します。 通常の食事時間 昼食 12:00～13:00
- …利用者の食べやすい形態で食事を提供します。

3. 「食事・排泄・入浴等の介護」

- …利用者の心身の状況に応じて、適切な技術をもって行います。
- …入浴は希望者のみ実施しております。
 - ※入浴に必要な物品については、各自でご準備ください。
 - ※当日の健康状態を確認の上、入浴を中止していただく場合があります。
 - ※行事や設備面の事情で入浴実施延期、中止する場合があります。
 - ※別途入浴光熱水費が生じますのでご注意ください。

4. 「機能訓練」

- …利用者ごとのリハビリテーション実施計画に基づき機能訓練を行います。
- …生活支援員等と連携し、生活に即した助言や支援を行います。

5. 「創作的活動・社会体験活動」

- …各利用者の希望と嗜好に応じて、内容を設定します。
 - ※内容は以下のとおりです。
 - 絵画、園芸、音楽、調理、陶芸等。
- …外出・社会参加活動は、事前に希望アンケートをとって、調整して実施します。

6. 「健康管理」

- …体力維持向上のために運動(健康)の時間を設けて実施します。
 - ※気候に応じ、事業所外でのウォーキングを積極的に行います。
- …常に利用者の健康状況に注意し、協力医療機関を通じて健康保持のため適切に支援します。
 - ※服薬管理は、当事業所の看護師と相談の上、行います。
 - ※医師による診察は以下のとおりです。

(囑託)医師による診察・治療
 氏名：川本立夫 診療科：精神科・内科
 診察日：毎月第1火曜日(14:10～14:45)

- …利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受けることができます。
 - ※診察費ならびに送迎に係る費用を、一部ご負担いただく場合があります。
 - ※協力医療機関は以下のとおりです。

協力医療機関1： 堀江病院(内科精神科) 協力医療機関2： 矢野内科(内科)
 協力医療機関3： 川谷整形外科(整形外科) 協力医療機関4： 光洋台デンタルクリニック(歯科)
 協力医療機関5： はしもと脳神経外科(脳神経外科)

- …利用者の病状急変等緊急時は、速やかに医療機関への連絡等を行います。
- …協力医療機関以外の遠方の病院等での受診、利用者の希望による個人的な外来受診等については、事前に相談の上実施します。
 - ※付添費ならびに送迎に係る費用を、一部ご負担いただく場合があります。

7. 「訪問支援」

…何らかの理由により利用をキャンセルされた利用者に対し、訪問や電話により状況の確認および相談を行います。

8. 「通所のための送迎サービス」

…希望する利用者に対し、専用の車両により送迎を行います。

※主な実施地域は、松山市全域(島しょ部を除く)です。

※車両定員や送迎経路など安全上の理由から利用できない場合があります。

※利用者個々の事情や送迎経路の状況により時間等変更する場合があります。

※送迎サービス利用に係る費用負担はありません。

《サービス利用料金》

お支払いいただく利用料金は次の通りです。

(1) 介護給付費サービス内容の料金

介護給付によるサービスを提供した際は、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、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)のうち利用者負担分(サービス利用料金全体の1割を上限)を事業者にお支払いいただきます。なお、利用者負担額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。

基本的なサービス利用料金(1日あたり)

※利用定員21人以上30人以下

※個別支援計画に定めた標準的な支援時間で算定

| サービス提供区分 | 障害支援区分 | A サービス利用料金 (報酬単価)※1単位10円 | B うち介護給付費 として市町より代理 受領する金額 | 利用者負担額 (A-B) |
|------------|--------|-----------------------------|----------------------------------|-----------------|
| 3時間未満 | 区分6 | 4,490円 (449単位) | 4,041円 | 449円 |
| | 区分5 | 3,330円 (333単位) | 2,997円 | 333円 |
| | 区分4 | 2,280円 (228単位) | 2,052円 | 228円 |
| | 区分3 | 2,040円 (204単位) | 1,836円 | 204円 |
| | 区分2以下 | 1,850円 (185単位) | 1,665円 | 185円 |
| 3時間以上4時間未満 | 区分6 | 5,750円 (575単位) | 5,175円 | 575円 |
| | 区分5 | 4,270円 (427単位) | 3,843円 | 427円 |
| | 区分4 | 2,930円 (293単位) | 2,637円 | 293円 |
| | 区分3 | 2,620円 (262単位) | 2,358円 | 262円 |
| | 区分2以下 | 2,360円 (236単位) | 2,124円 | 236円 |
| 4時間以上5時間未満 | 区分6 | 6,900円 (690単位) | 6,210円 | 690円 |
| | 区分5 | 5,120円 (512単位) | 4,608円 | 512円 |
| | 区分4 | 3,510円 (351単位) | 3,159円 | 351円 |

| | | | | |
|------------|------------|----------------|-------------------|---------|
| | 区分3 | 3,130円 (313単位) | 2,817円 | 313円 |
| | 区分2以下 | 2,840円 (284単位) | 2,556円 | 284円 |
| 5時間以上6時間未満 | 区分6 | 8,050円 (805単位) | 7,245円 | 805円 |
| | 区分5 | 5,970円 (597単位) | 5,373円 | 597円 |
| | 区分4 | 4,090円 (409単位) | 3,681円 | 409円 |
| | 区分3 | 3,660円 (366単位) | 3,294円 | 366円 |
| | 区分2以下 | 3,320円 (332単位) | 2,988円 | 332円 |
| | 6時間以上7時間未満 | 区分6 | 11,200円 (1,120単位) | 10,080円 |
| 区分5 | | 8,330円 (833単位) | 7,497円 | 833円 |
| 区分4 | | 5,700円 (570単位) | 5,130円 | 570円 |
| 区分3 | | 5,100円 (510単位) | 4,590円 | 510円 |
| 区分2以下 | | 4,630円 (463単位) | 4,167円 | 463円 |
| 7時間以上8時間未満 | | 区分6 | 11,500円 (1,150単位) | 10,350円 |
| | 区分5 | 8,540円 (854単位) | 7,686円 | 854円 |
| | 区分4 | 5,840円 (584単位) | 5,256円 | 584円 |
| | 区分3 | 5,230円 (523単位) | 4,707円 | 523円 |
| | 区分2以下 | 4,750円 (475単位) | 4,275円 | 475円 |
| | 8時間以上9時間未満 | 区分6 | 12,110円 (1,211単位) | 10,899円 |
| 区分5 | | 9,150円 (915単位) | 8,235円 | 915円 |
| 区分4 | | 6,460円 (646単位) | 5,814円 | 646円 |
| 区分3 | | 5,840円 (584単位) | 5,256円 | 584円 |
| 区分2以下 | | 5,360円 (536単位) | 4,824円 | 536円 |

※サービス利用に係る自己負担額については別表1に該当する場合、月あたりの負担額が無料となります。

(2) 特別な支援に伴う利用料金

前項の基本的なサービス利用料金以外に、次の特別な支援を行う場合は、ご利用されるサービスごとに利用者負担金が必要になります。

【人員配置体制加算】

| | | |
|---------------------------|---------------|---------------|
| 1. サービス利用料金(単位)/日 | (Ⅰ)1.5:1 | (Ⅱ)1.7:1 |
| | 2,630円(263単位) | 2,120円(212単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 2,367円 | 1,908円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 263円 | 212円 |

【福祉専門職員配置等加算】 ※Ⅰ又はⅡとⅢの併給可

| | | | |
|---------------------------|----------------|----------------|--------------|
| 1. サービス利用料金(単位)/日 | (Ⅰ) | (Ⅱ) | (Ⅲ) |
| | 150円 (15単位) | 100円 (10単位) | 60円 (6単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 135円 | 90円 | 54円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 15円 | 10円 | 6円 |

【食事提供体制加算】

| | |
|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金(単位)/日 | 300円(30単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 270円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 30円 |

えんちゆうしえんかきん
【延長支援加算】

| | | | | |
|---------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 9時間 ～10時間未満 | 10時間 ～11時間未満 | 11時間 ～12時間未満 | 12時間 ～13時間未満 |
| | 1000円 (100単位) | 2000円 (200単位) | 3000円 (300単位) | 4000円 (400単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 900円 | 1800円 | 2700円 | 3600円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 100円 | 200円 | 300円 | 400円 |

そうげいかきん
【送迎加算】

| | | |
|---------------------------|------------|---------------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 片道 | 区分5.6の人が 全体の60/100いる場合 |
| | 210円(21単位) | 490円(49単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 189円 | 441円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 21円 | 49円 |

けっせきじないおうかきん つきかいげんど
【欠席時対応加算】 ※月4回を限度

| | |
|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 940円(94単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 846円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 94円 |

じょうきんかんごしよくいんとうはいちかきん かんごしよくいん はいちにんずう じょうたんいすう
【常勤看護職員等配置加算】 ※看護職員の配置人数を乗じた単位数

| | |
|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 240円(24単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 216円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 24円 |

しよきかきん
【初期加算】

| | |
|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 300円(30単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 270円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 30円 |

ほうもんしえんとくべつかきん
【訪問支援特別加算】

| | | |
|---------------------------|---------------|---------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1時間未満の場合 | 1時間以上の場合 |
| | 1,870円(187単位) | 2,800円(280単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 1,683円 | 2,520円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 187円 | 280円 |

じゅうどしやうがいしやしえんかきん ※区分6の場合 ※初期加算は算定開始より180日以内

| | | |
|---------------------------|---|---|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 行動関連項目 10点以上 | 行動関連項目 18点以上 (中核的人材の配置) |
| | 【受入・体制】 3,600円(360単位) 【初期加算】 5,000円(500単位) | 【受入・体制】 5,100円(510単位) 【初期加算】 7,000円(700単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 【受入・体制】3,240円 【初期加算】4,500円 | 【受入・体制】4,590円 【初期加算】6,300円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 【受入・体制】360円 【初期加算】500円 | 【受入・体制】510円 【初期加算】700円 |

【重度障害者支援加算Ⅲ】 ※区分4・5の場合 ※初期加算は算定開始より180日以内

| | | |
|---------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 行動関連項目 10点以上 | 行動関連項目 18点以上 (中核的人材の配置) |
| | 【受入・体制】 1,800円(180単位) | 【受入・体制】 3,300円(330単位) |
| | 【初期加算】 4,000円(400単位) | 【初期加算】 6,000円(600単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 【受入・体制】1,620円 【初期加算】3,600円 | 【受入・体制】2,970円 【初期加算】5,400円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 【受入・体制】180円 【初期加算】400円 | 【受入・体制】330円 【初期加算】600円 |

【集中的支援加算】 ※月4回を限度

| | |
|---------------------------|------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／回 | 10,000円(1,000単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 9,000円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 1,000円 |

【入浴加算】 ※医療的ケアおよび重度心身障害者について該当

| | |
|---------------------------|------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 800円(80単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 720円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 80円 |

【利用者負担上限管理加算】

| | |
|---------------------------|---------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1,500円(150単位) |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 1,350円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 150円 |

【身体拘束廃止未実施減算】

| | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき + 所定単位×99/100 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【虐待防止措置未実施減算】

| | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき + 所定単位×99/100 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【業務継続計画未策定減算】

| | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき + 所定単位×99/100 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【情報公表未報告減算】

| | |
|---------------------------|---------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき + 所定単位×95/100 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ】 ※令和6年5月末まで

| | |
|---------------------------|-----------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき + 所定単位×44/1,000 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【福祉・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ】 ※令和6年5月末まで

| | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき +所定単位×14/1,000 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算】 ※令和6年5月末まで

| | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき +所定単位×11/1,000 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ】 ※令和6年6月以降

| | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき +所定単位×81/1,000 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

【福祉・介護職員処遇改善加算Ⅱ】 ※令和6年6月以降

| | |
|---------------------------|----------------------|
| 1. サービス利用料金(単位)／日 | 1月につき +所定単位×80/1,000 |
| 2. うち介護給付費として市町より代理受領する金額 | 円 |
| 3. 自己負担額(1-2) | 円 |

※介護給付費の給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご利用者の負担額を変更します。

(3) 介護給付費対象外サービスの料金

介護給付費等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、下記の所定の料金をお支払い頂きます。

なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化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、事前に変更の内容ならびに変更する事由について、変更を行う2カ月前までにご説明いたします。

| 項目 | 料金 |
|---|--|
| 食事(MOREの食事) ※キャンセル料の取扱いについては下記 | 一食 660円 食事提供体制加算ありの場合 一食 360円(食費の原材料費) |
| 食事(ヨシケイの食事) ※キャンセルの場合も料金は必要ありません。 | 一食 660円 食事提供体制加算ありの場合 一食 360円(食費の原材料費) |
| 食事(松山福祉園の弁当を注文される場合) ※利用当日のキャンセルは朝9時までです。それ以降は料金をいただきます。 | 一食 370円 |
| 特別な食事(行事等施設外で食事を注文する場合) | 実費 |
| 入浴光熱水費(事業所内で実施) | 一回 180円 |
| 創作的活動費用等 (事業所内で実施した調理・絵画等の原材料費) | 実費 |
| 外出・社会参加活動および旅行等行事に係る諸費用 (事業所車両での外出の場合の交通費を除く) | 実費 |

| | | |
|--|----------------|------------------------|
| 特別な病院受診・イベント参加等に係る諸費用 (各種個別の付き添い等を含む) | 参加費・交通費 宿泊費 | 実費 |
| | 付添費 30分 | (時間内)600円 (時間外)700円 |
| | | |
| 健康診断(希望者に対して健診車に来てもらって実施) | 実費 | |
| 歯科検診(希望者に対して検診車に来てもらって実施) | 実費 | |
| 予防接種 | 実費 | |
| 故意破損弁償代 | 実費 | 各種保険加入者は補償範囲を超えた場合 |
| コピー費用 | 白黒コピー | 一枚 10円 |
| | カラーコピー | 一枚 30円 |
| 各証明書の発行(通所証明書等) | 一部 | 100円 |

※ 食事(MOREの昼食)をキャンセルする場合は、『土曜日・日曜日・祝祭日を含まない3日前の17:00』までにお申し出ください。『土曜日・日曜日・祝祭日を含まない3日前の17:00』までにお申し出のない場合、キャンセル料をいただく場合があります。また、8月13日～15日、12月29日～1月3日につきましては祝祭日の扱いとさせていただきます。

例…水曜日の食事をキャンセルする場合は、3日前の日曜日となります。土曜日・日曜日は日数に含みませるので、キャンセル料のかからないお申し出の日は前の金曜日となります。

| | |
|----------------------------|---------|
| 食事キャンセル料(食費の原材料費相当額) 1日あたり | 昼食 360円 |
|----------------------------|---------|

《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〕

障害福祉サービスの自己負担は、所得に応じて次の4区分の負担上限月額が設定され、ひと月に利用したサービス量にかかわらず、それ以上の負担は生じません。

| 区分 | 世帯の収入状況 | 1カ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 | 市町村民税非課税世帯(注1) | |
| 一般1 | 市町村民税課税世帯(所得割16万円(注2)未満) ※入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者を除きます(注3)。 | 9,300円 |
| 一般2 | 市町村民税課税世帯 | 37,200円 |

注1 3人世帯で障害者基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万円以下の世帯が対象となります。

注2 収入が概ね600万円以下の世帯が対象となります。

注3 入所施設利用者(20歳以上)、グループホーム利用者は市町村民税課税世帯の場合「一般2」となります。

〔高額障害福祉サービス費について〕

障害者の場合は、障害者と配偶者の世帯で、障害福祉サービスの負担額(介護保険も併せて利用している場合は、介護保険の負担額も含む。)の合算額が基準額を超える場合は、高額障害福祉サービス費が支給されます。(償還払いの方法によります)

(3) 利用料金・費用のお支払い方法

前記「サービス利用料金」(1)、(2)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求します。利用者負担金は、当月末日精算の翌々月10日払いです。(金融機関が休みの場合は翌営業日)

支払方法 ・ご指定の口座からの自動引き落としをお願い致します。
 ・現金又は振込での支払いを希望される場合はお申し出下さい。

6. 非常災害時の対策

| | |
|----------|-----------------------------|
| 非常時の対応 | 別途に定める防災計画により対応します |
| 災害時対応責任者 | 青野 一 |
| 避難訓練 | 消防法に定められた年2回以上の訓練を利用者参加の上実施 |
| 防災設備 | 消火器 誘導灯 自動火災報知設備 |

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、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。)

※本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 個別支援計画
 - (2) サービス提供の具体的な内容
 - (3) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町への通知事項
 - (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由など
 - (5) 利用者からの苦情の内容
 - (6) 事故の状況及び事故に際しての対応
- ◆ 保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。
 - ◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、9:00～17:00(平日)です。

| 担当者 | 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|-----------|------|----------------|--------------|
| 個人情報保護管理者 | 青野 一 | 松山市福角町甲1434番地1 | 089-909-3646 |

・従業者は個人情報の保護に努め、業務上知り得た個人情報について在職中及び退職後においても他に漏らしません。

・利用者に医療等緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとする。

・利用者の個人情報をサービス調整会議等で用いる場合には、予め文書にて同意を得ることとする。

・利用者の円滑なサービス利用のため支援を行う際に、利用者及びご家族等に関する情報を提供する場合には、予め文書にて同意を得るものとする。

8. 緊急時等の対応(事故対応含む)

- ① サービス提供中に利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに協力医療機関又は利用者の主治医への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとする。
- ② 協力医療機関等へ連絡等が困難な場合には、他の医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるものとする。
- ③ サービス提供により事故が発生した場合は、直ちに関係市町、当該利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講ずるものとする。
- ④ 指定生活介護の提供により賠償すべき事故が発生した時は、速やかに損害を賠償するものとする。

9. 虐待防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律(平成23年法律第79号)」を遵守するとともに、下記の対策を講じます。

① 虐待防止に関する責任者の設置

| 担当者 | 氏名 | 住所 | 電話番号 |
|---------|--------|---------------|--------------|
| 虐待防止責任者 | 宮本 寿美子 | 松山市福角町甲1825番地 | 089-909-3646 |

【行政機関の虐待受付窓口】

| | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 愛媛県障がい者権利擁護センター (愛媛県障がい者権利擁護センター) | 所在地 松山市一番町4丁目4-2 電話番号 089-933-1577 |
| 松山市保健福祉部障がい福祉課 (松山市障がい者虐待防止センター) | 所在地 松山市二番町4-7-2 電話番号 089-948-6849 |

- ② 成年後見制度の利用を支援する。
- ③ 苦情解決体制を整備する。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施する。
- ⑤ 人権委員会を設置する。

10. 身体拘束について

事業者は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられるときは、利用者に対して説明し同意を得た上で、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様についての記録を行います。また、事業者として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

| | |
|------|---|
| 緊急性 | 直ちに身体拘束を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合に限りです。 |
| 非代替性 | 身体拘束以外に、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことを防止することができない場合に限りです。 |
| 一時性 | 利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなった場合は、直ちに身体拘束を解きます。 |

11. 苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所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。

| | | |
|------------|------------------|----------------|
| ○受付時間 | 毎週月曜日～金曜日 | 9:00～17:00 |
| ○苦情受付窓口担当者 | 氏名 中平 華奈 | [課長補佐] |
| ○苦情解決責任者 | 氏名 青野 一 | [施設長] |
| | 連絡先 (住所) | 松山市福角町甲1434番地1 |
| | (電話番号) | 089-909-3646 |
| ○第三者委員 | 氏名 小林 保一 | |
| | [福角会 監事] | |
| | 連絡先 (住所) | 松山市吉藤2-17-46 |
| | (電話番号) | 089-922-5265 |
| ○第三者委員 | 氏名 八木 孝教 | |
| | [福角会 評議員選任・解任委員] | |
| | 連絡先 (住所) | 松山市堀江町甲1378番地5 |
| | (電話番号) | 089-979-0405 |

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

| | |
|------------------------|---------------------------------------|
| 愛媛県保健福祉部障がい福祉課 | 所在地 松山市一番町4-4-2 電話番号 089-912-2420 |
| 松山市保健福祉部障がい福祉課 | 所在地 松山市二番町4-7-2 電話番号 089-948-6719 |
| 愛媛県社会福祉協議会 運営適正化委員会 | 所在地 松山市持田町3-8-15 電話番号 089-998-3477 |

令和 年 月 日

生活介護事業に関するサービス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。

施設名 MORE
説明者職名

氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、生活介護事業に関するサービスの提供及び利用の開始に同意しました。

利用者住所

氏名 _____ 印

立会人住所

氏名 _____ 印
(本人との関係)