モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 （障害者支援施設）

(メモ)このモデル重要事項説明書は昼間実施サービスとして生活介護及び就労継続支援Ｂ型を提供する場合で作成しています。　施設の実態に合わせて変更・追記してください。

メモは、施設への注意事項です。

作成時は、消してください。

|  |
| --- |
| 　この「重要事項説明書」は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条及び吹田市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施行条例（令和元年吹田市条例第35号）に基づき、当施設の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを施設が説明するものです。 |

１　施設障がい福祉サービスを提供する施設について

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 | （法人格及び法人の名称を記載する）　 |
| 代表者氏名 | （役職名及び代表者氏名を記載する） |
| 本社所在地（連絡先） | （法人登記簿記載の所在地）（連絡先部署名）（電話･ﾌｧｯｸｽ番号を記載する） |
| 法人設立年月日 | （法人設立年月日を記載する） |

２　ご利用者へのサービス提供を担当する施設について

(1)　施設の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 | （指定施設名称を記載する） |
| 施設で日中行うサービス | （実施しているサービスを記載する） |
| サービスの主たる対象者 | ・施設入所支援身体障がい者知的障がい者精神障がい者難病等対象者 | ・生活介護身体障がい者知的障がい者精神障がい者難病等対象者 | ・就労継続支援B型身体障がい者知的障がい者精神障がい者難病等対象者 |
| 吹田市指定事業者番号 | 施設入所支援　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定） |
| 管理者 | （氏名を記載する） |
| サービス管理責任者 | （氏名を記載する） |
| 施設所在地 | （施設の所在地を記載する、ビル等の場合には、建物名称、階数、部屋番号も記載する） |
| 連絡先相談担当者名 | （連絡先電話・ﾌｧｯｸｽ番号・部署名・相談担当者氏名を記載する） |
| 施設の通常の事業実施地域 | （運営規程記載の通常の事業実施地域を記載する） |
| 利用定員 | 施設入所支援　　　　　　　　名（運営規程の内容を記載する）生活介護　　　　　　　　　　名（運営規程の内容を記載する）就労継続支援B型　　　　　　名（運営規程の内容を記載する） |
| 開設年月日 | （施設開設年月日を記載する） |

(メモ)利用定員や主たるサービスの対象者、サービス提供時間等がサービス提供単位ごとに異なる場合は、それぞれについて記載してください。

(2)第三者評価の実施状況

|  |  |
| --- | --- |
| 実施の有無 | 有　　　・　　　無 |
| 直近の実施年月日 |  |
|  実施した評価機関の名称 |  |
| 評価結果の開示状況（公表の有無・公表場所等） |  |

(3)　事業の目的および運営方針

|  |  |
| --- | --- |
| 事業の目的 | （運営規程の記載内容の要約を記載する） |
| 運営方針 | （運営規程の記載内容の要約を記載する） |

(4)　昼間の実施サービスに係る営業日及び営業時間

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生活介護 | 就労継続支援B型 |
| 営業日 | （運営規程の記載内容を記載する） | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 営業時間 | （運営規程の記載内容を記載する） | （運営規程の記載内容を記載する） |

(5)　サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 生活介護 | 就労継続支援B型 |
| サービス提供日 | （運営規程の記載内容を記載する） | （運営規程の記載内容を記載する） |
| サービス提供時間 | （運営規程の記載内容を記載する） | （運営規程の記載内容を記載する） |

３　施設の構造・設備について

(1)　構造

|  |  |
| --- | --- |
| 構造 | （施設の構造を記載する） |
| 敷地面積 | （敷地面積を記載する） |
| 延床面積 | （延床面積を記載する） |

(2)　設備

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設備の種類 | 部屋数 | 備　　　　　　　　　考 |
| 訓練室 | 室 | ○○㎡ |
| 作業室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 居　室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 食　堂 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 浴　室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 洗面所 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 便　所 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 相談室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| 多目的室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| ○○○○ | 室 | （必要に応じて記載する） |

　廊下幅については○○メートル以上確保しています。

４　職員体制等について

(1)　 各職種の職務の内容

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 職　　　務　　　内　　　容 |
| 管理者 | (1)　職員の管理、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、職員に対し、法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行うこと(2)　サービス管理責任者に施設障がい福祉サービス計画の作成に関する業務を担当させること |
| サービス管理責任者 | (1)　適切な方法により、利用者の有する能力、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者の希望する生活や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。(2)　アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、施設が提供する施設障がい福祉サービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、利用者の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定施設障がい福祉サービスの目標及びその達成時期、施設障がい福祉サービスを提供する上での留意事項等を記載した施設障がい福祉サービス計画の原案を作成します。(3)　施設障がい福祉サービス計画の原案の内容を利用者に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、作成した施設障がい福祉サービス計画を記載した書面を利用者に交付します。(4)　施設障がい福祉サービス計画作成後、施設障がい福祉サービス計画の実施状況の把握（利用者についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも○月に△回以上、施設障がい福祉サービス計画の見直しを行い、必要に応じて施設障がい福祉サービス計画を変更します。(5)　利用申込者の利用に際し、障がい福祉サービス事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、施設以外における指定障がい福祉サービス等の利用状況等を把握します。(6)　利用者の心身の状況、置かれている環境等に照らし、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる利用者に対し、必要な支援を行います。(7)　他の職員に対する技術指導及び助言を行います。 |
| 医師 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 看護職員 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 理学療法士 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 作業療法士 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 生活支援員 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 職業指導員 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 運転手 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 栄養士 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 調理員 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| 事務職員 | （運営規程の記載内容を記載する） |
| ○○○○ | （運営規程の記載内容を記載する） |

**（メモ）施設の職員体制に応じて必要な職種を記載してください。**

 (2)　職員配置

【施設入所支援】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 備考 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス管理責任者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活支援員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| ○○○○ |  |  |  |  |  |  |  |

【生活介護】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 備考 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス管理責任者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 医師 |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活支援員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 運転所 |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| ○○○○ |  |  |  |  |  |  |  |

【就労継続支援B型】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 員数 | 常勤 | 非常勤 | 常勤換算 | 備考 |
| 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 |
| 管理者 |  |  |  |  |  |  |  |
| サービス管理責任者 |  |  |  |  |  |  |  |
| 職業指導員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活支援員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 運転所 |  |  |  |  |  |  |  |
| 栄養士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 調理員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 事務職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| ○○○○ |  |  |  |  |  |  |  |

**（メモ）職員配置については基準において置くべきとされている員数を満たす範囲において、「〇人以上」と記載することも差し支えありません。**

(3)　勤務体系

|  |  |
| --- | --- |
| 職種 | 勤　　　務　　　体　　　系 |
| 管理者 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| サービス管理責任者 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 医師 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 看護職員 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 理学療法士 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 作業療法士 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 生活支援員 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 職業指導員 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 運転手 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 栄養士 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 調理員 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| 事務職員 | （正規の勤務時間帯を記載する） |
| ○○○○ | （正規の勤務時間帯を記載する） |

５　提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

1. 提供するサービスの内容

|  |  |
| --- | --- |
| サービスの種類 | サ　ー　ビ　ス　の　内　容 |
| 施設障がい福祉サービス計画の作成 | 利用者の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した施設障がい福祉サービス計画を作成します。 |
| 施設入所支援 |
| 食事の提供 | 希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。 |
| 入浴又は清拭 | 入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況により、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。 |
| 排泄の自立についての必要な援助 | 適切な排泄援助を行うと共に、自主排泄を目指した適切な支援を行います。 |
| 身体等の介護 | 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・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。 |
| 訓練の実施 | 身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練等を行います。 |
| 生活相談 | 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把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 健康管理 | 利用者の投薬管理や疾病予防に努めるとともに、嘱託医師により、健康診断日を設けて健康管理を行います。また、医療機関との連絡調整や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。 |
| 生活介護 |
| 食事の提供 | 希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。 |
| 入浴又は清拭 | 入浴について必要に応じて介助や確認を行います。利用者の心身の状況により、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。 |
| 身体等の介護 | 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・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。 |
| 生産活動 | 軽作業等の生産活動の機会を提供します。以下の生産活動を行っています。①②③＜工賃の支払い＞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。 |
| 創作的活動 | 軽作業等の創作的活動の機会を提供します。以下の創作的活動を行っています。①②③ |
| 身体機能及び日常生活能力の維持・向上のための支援 | 身体機能の維持向上や、食事・家事等の日常生活能力を向上するための訓練等を行います。 |
| 生活相談 | 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把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 健康管理 | 利用者の投薬管理や疾病予防に努めるとともに、嘱託医師により、健康診断日を設けて健康管理を行います。また、医療機関との連絡調整や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。 |
| 訪問支援 | 必要に応じて利用者や家族の同意のもと利用者宅を訪問し、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 送迎サービス | 自主通所ができない場合、希望により送迎を行います。 |
| 就労継続支援B型 |
| 食事の提供 | 希望により、利用者の身体状況や嗜好に配慮した食事を提供します。 |
| 身体等の介護 | 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・排泄等の生活全般にわたる援助を行います。 |
| 就労に必要な知識、能力を向上するための訓練 | 一般就労に必要な知識、能力の向上のための必要な訓練を行います。またその他の便宜を適切かつ効果的に行います。 |
| 就労の機会の提供及び生産活動 | 雇用契約を締結しない就労や生産活動の機会を提供するとともに、就労への移行に向けた支援を行います。以下の生産活動を行っています。①②③＜工賃の支払い＞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。 |
| 実習先企業等の紹介 | 就労継続支援Ｂ型計画に基づいて、利用者の就労に対する意向及び適正を踏まえ、関係機関と連携し、実習の受入先の確保します。 |
| 求職活動支援 | 就労継続支援Ｂ型計画に基づき、公共職業安定所での求職の登録、その他、利用者が行う求職活動が円滑に行えるよう支援します。また、障がい者就業・生活支援センター等の関係機関と連携し、利用者の就労に対する意向及び適正に応じた求人を開拓します。 |
| 職場定着支援 | 障がい者就業・生活支援センター等の関係機関と連携して、利用者が就職した後も、職業生活における相談等の支援を継続します |
| 生活相談 | 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把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 健康管理 | 利用者の投薬管理や疾病予防に努めるとともに、嘱託医師により、健康診断日を設けて健康管理を行います。また、医療機関との連絡調整や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。 |
| 訪問支援 | 必要に応じて利用者や家族の同意のもと利用者宅を訪問し、適切な相談・助言・援助等を行います。 |
| 送迎サービス | 自主通所ができない場合、希望により送迎を行います。 |
| 施設外支援 | 利用者の心身の状況や意向・適正・障がい特性・その他の事情を踏まえ、必要に応じて就労継続支援Ｂ型計画に基づき施設外支援及び施設外就労を行います。「施設外支援」と「施設外就労」はどちらも利用者が企業等に行き実習を行います。「施設外支援」が職員を帯同せずに行う実習に対し、「施設外就労」は職員が帯同して、請負発注企業と請負契約を結んで行うものです。 |
| 施設外就労 |

**（メモ）利用者との間に、提供サービスに関する疑義や誤解が生じないよう、**

**サービス内容については、できるだけ具体的に記述してください。**

(2)　サービス料金

【施設入所支援】

利用料金の目安は、次表のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分６ | 区分５ | 区分４ | 区分３ | 区分２以下 |
| 利用料 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 利用者負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

【生活介護】

利用料金の目安は、次表のとおりです。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 区分６ | 区分５ | 区分４ | 区分３ | 区分２以下 |
| 利用料 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 利用者負担額 | 円 | 円 | 円 | 円 | 円 |

【就労継続支援B型】

利用料金の目安は、次表のとおりです。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 利用１日あたりの金額 |
| 利　用　料 | 円 |
| 利用者負担額 | 円 |

＜提供するサービスの料金とその利用者負担額について＞

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。

利用者負担は現在、サービス量と所得に着目した負担の仕組み（１割の定率負担と所得に応じた負担上限月額の設定）となっています。

定率負担、実費負担のそれぞれに、低所得の方に配慮した軽減策が講じられています。

※　障がい福祉サービスの定率負担は、所得に応じて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。

　　利用された各種サービスの利用料の１割にあたる金額の合計額と、負担上限月額を比較し、いずれか低い金額が利用者負担額となります。

|  |
| --- |
| 負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。 |

※　介護給付費等について施設が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、介護給付費等の全額をいったんお支払いただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、｢領収書｣を添えてお住まいの市町村に介護給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください

【加算項目】

①　施設がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内　　　　　容 |
| 施設入所支援・生活介護・就労継続支援B型 |
| 視覚・聴覚言語障害者支援体制加算 | 円 | 左記の１割 | 意思疎通に関して専門性をもつ職員を一定数以上配置している場合、利用１日につき加算されます。 |
| 生活介護・就労継続支援B型 |
| 福祉専門職員配置等加算 | 円 | 左記の１割 | (Ⅰ)(Ⅱ)の場合生活支援員のうち、有資格者を一定割合以上配置している場合、利用１日につき加算されます。(Ⅲ)生活支援員のうち、勤務形態が常勤のものが75%、又は勤続年数が３年以上のものが30%を超える場合、利用１日につき加算されます。 |
| 施設入所支援 |
| 重度障害者支援加算 | 円 | 左記の１割 | 重度障がい者に対する手厚い支援体制がとられている場合、利用１日につき加算されます。 |
| 夜勤職員配置体制加算 | 円 | 左記の１割 | 夜間職員の勤務体制を手厚くしている場合、利用１日につき加算されます。 |
| 夜間看護体制加算 | 円 | 左記の１割 | 夜勤職員配置体制加算が算定されている入所支援施設等において、生活支援員に替えて看護職員を配置している場合、利用１日につき加算されます。 |
| 栄養マネジメント加算 | 円 | 左記の１割 | 常勤の管理栄養士を配置し、栄養ケア計画を作成して栄養管理を行っている場合、利用１日につき加算されます。 |
| 生活介護 |
| 人員配置体制加算 | 円 | 左記の１割 | 通常より手厚い人員配置を行っている場合、利用１日につき加算されます。 |
| 常勤看護職員等配置加算 | 円 | 左記の１割 | 看護職員を常勤換算で1名以上配置している場合、利用１日につき加算されます。 |
| 就労継続支援B型 |
| 重度者支援体制加算 | 円 | 左記の１割 | 前年度における障がい基礎年金1級を受給する当施設の利用者が、一定数以上である場合、利用１日につき加算されます。 |
| 就労移行支援体制加算 | 円 | 左記の１割 | 就労継続支援B型を受けた後に就労し、6月以上就労継続している者がいる場合、利用1日につき加算されます。 |
| 目標工賃達成指導員配置加算 | 円 | 左記の１割 | 目標工賃達成指導員を常勤換算法で1人以上配置しており、手厚い人員体制をもって、目標工賃の達成に向けた取り組みを行う場合、利用１日につき加算されます。 |
| 医療連携体制加算 | 円 | 左記の１割 | 医療機関との連携により、看護職員が事業所等を訪問して利用者に対して看護を行った場合や介護職員等にたんの吸引等に係る指導を行った場合、利用１日につき加算されます。 |

②　施設がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内　　　　　容 |
| 生活介護・就労継続支援B型 |
| 利用者負担上限額管理加算 | 円 | 左記の１割 | 利用者の依頼により、利用者の負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合に加算されます。 |
| 初期加算 | 円 | 左記の１割 | サービス利用の初期段階（開始から３０日間）において、利用１日につき加算されます。 |
| 訪問支援特別加算 | 円 | 左記の１割 | 継続して利用する利用者が連続して５日間利用しなかったときに、職員が居宅を訪問して相談援助を行った場合に加算されます。月２回まで加算されます。 |
| 欠席時対応加算 | 円 | 左記の１割 | 利用者が急病等により利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。月４回まで加算されます。 |
| 食事提供体制加算 | 円 | 左記の１割 | 支給決定のある利用者に事業所が食事を提供した場合、１日につき加算されます。 |
| 送迎加算 | 円 | 左記の１割 | 事業所が利用者に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。 |
| 施設入所支援 |
| 地域移行加算 | 円 | 左記の１割 | 退所する生活介護の利用者に対し、退所後の住居の場の確保、在宅サービスの利用調整を行った場合、入所中と退所後に加算されます。 |
| 入所時特別支援加算 | 円 | 左記の１割 | サービス利用の初期段階（入所から３０日間）において、利用１日につき加算されます。 |
| 入院・外泊時加算 | 円 | 左記の１割 | 利用者が病院等に入院した場合や居宅へ外泊した時、連絡調整等の支援を行った場合、１日につき加算されます。 |
| 入院時支援特別加算 | 円 | 左記の１割 | 利用者が入院した際、病院等との連絡調整や入院期間中の被服の準備等一定の支援を行った場合、１月に１回加算されます。 |
| 生活介護 |
| リハビリテーション加算 | 円 | 左記の１割 | 理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士等が中心となって、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う場合、利用１日につき加算されます。 |
| 延長時支援加算 | 円 | 左記の１割 | 運営規程に定められた営業時間を超えてサービスを利用した場合、１日につき加算されます。 |
| 就労継続支援B型 |
| 地域協働加算 | 円 | 左記の１割 | 「利用者の就労や生産活動等への参加等」をもって一律に評価する報酬体系において、各利用者に対して、地域住民等と協働して生産活動に係る支援を行い、その活動の内容を公表した場合、1日につき加算されます。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内容 |
| 福祉・介護職員処遇改善加算 | 各種加算を算定した単位数の1000分の○○に相当する単位数 | 左記の１割 | 当該事業所では、職員の処遇（賃金等）改善を図っています。 |
| 福祉・介護職員等特定処遇改善加算 | 各種加算を算定した単位数の1000分の○○に相当する単位数 | 左記の１割 | 当該事業所では、職員の処遇（賃金等）改善を図っています。 |
| 福祉・介護職員等ベースアップ等支援加算 | 各種加算を算定した単位数の1000分の○○に相当する単位数 | 左記の１割 | 当該事業所では、職員の処遇（賃金等）改善を図っています。 |

**（メモ）加算については、体制をとっている施設として吹田市に届け出ている施設について、該当する区分を記載してください。**

**なお、各種加算については、体制に応じて追加、削除をしてください。**

**福祉・介護職員処遇改善加算の単位数についてはサービスによって異なります。各事業者で実施しているサービスの単位数を記載してください。**

６　その他の費用について

【施設入所支援】

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　容 | 料　　　　　　　　金 |
| 食事の提供に係る費用及び光熱水費 | ①朝食　１食につき　　　　円（うち食材料費　　　　　　円）②昼食　１食につき　　　　円（うち食材料費　　　　　　円）③夕食　１食につき　　　　円（うち食材料費　　　　　　円）④間食　１日１回　　　　　円⑤光熱水費　月額　　　　　円　（実費相当額） |
| 日用品費の実費 | 実費相当額 |
| 被服費の実費 | 実費相当額 |
| 厚生労働大臣が定める基準に基づき、利用者が選定する特別な居室の提供を行ったことに伴い必要となる費用 | 月額　　　　　　　　　　　円 |
| その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるもの | 実費相当額 |

※　高熱水費、食材料費については、毎月１日に当該月分を集金し、月末で１ヶ月分を精算します。不足分が生じた場合は追加徴収を行い、残金が生じたときはその残金を返還又は当該月の翌々月の食材料費と相殺します。

【生活介護】

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　容 | 料　　　　　　　　金 |
| 創作的活動に係る材料費 | １日につき　　　　　　　　　円 |
| 入浴サービスに係る光熱水費 | １回につき　　　　　　　　　円 |
| 日用品費の実費 | 実費相当額 |
| 食事の提供に係る費用 | 朝食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 昼食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 夕食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 通常の事業の実施地域を越えて行う訪問支援に要する交通費（事業者の自動車を使用した場合）公共交通機関等を利用した場合は実費相当額 | 事業所から○○キロメートル未満　１回（片道）につき　　　　　円 |
| 事業所から○○キロメートル以上　１回（片道）につき　　　　　円 |
| 送迎サービスの提供に係る費用（通常の事業の実施地域以外の地域の場合、燃料費相当額） | 事業所から○○キロメートル未満　１回（片道）につき　　　　　円 |
| 事業所から○○キロメートル以上　１回（片道）につき　　　　　円 |
| その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの実費 | 実費相当額 |

【就労継続支援B型】

|  |  |
| --- | --- |
| 内　　容 | 料　　　　　　　　金 |
| 日用品費の実費 | 実費相当額 |
| 食事の提供に係る費用 | 朝食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 昼食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 夕食：１食につき　　　　　　円（うち食材料費　　　　　　円） |
| 通常の事業の実施地域を越えて行う訪問支援に要する交通費（事業者の自動車を使用した場合）公共交通機関等を利用した場合は実費相当額 | 事業所から○○キロメートル未満　１回（片道）につき　　　　　円 |
| 事業所から○○キロメートル以上　１回（片道）につき　　　　　円 |
| 送迎サービスの提供に係る費用（燃料費相当額） | 通常の事業の実施地域の場合１回（片道）につき　　　　　円 |
| 通常の事業の実施地域以外の場合事業所から○○キロメートル未満１回（片道）につき　　　　円 |
| 通常の事業の実施地域以外の場合事業所から○○キロメートル以上　１回（片道）につき　　　　　円 |
| その他日常生活において通常必要となるものに係る費用であって、その利用者に負担させることが適当と認められるものの実費 | 実費相当額 |

７　利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | 　利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月○○日までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の△△日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。(ア)現金支払い(イ)利用者指定口座からの自動振替(ウ)施設指定口座への振り込みお支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。また、介護給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず保管をお願いします。 |

※　利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から３月以上遅延し、故意に支払いの督促から14日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いただくことがあります。

**（メモ）支払い方法については、あくまで例示です。利用者の利便性に配慮し、支払い方法の選択が可能なよう、複数の方法を採用するようにしてください。**

**また、※に記した例示したような取扱いを行う場合は、指定施設において根拠となる規定の整備を行っておいてください。**

８　サービスの提供にあたっての留意事項

　(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに施設にお知らせください。

(2) 施設障がい福祉サービス計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、利用者及び家族の意向に配慮しながら｢施設障がい福祉サービス計画｣を作成します。作成した「施設障がい福祉サービス計画」については、案の段階で利用者又は家族に内容を説明し、利用者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

　(3) 施設障がい福祉サービス計画の変更等

「施設障がい福祉サービス計画」は、利用者等の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

９　虐待の防止について

 　施設は、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を選定しています。

|  |  |
| --- | --- |
| 　虐待防止に関する責任者 | (職・氏名を記載する) |

1. 成年後見制度の利用を支援します。
2. 苦情解決体制を整備しています。
3. 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しています。
4. 虐待防止委員会を設置し、開催しています。

10　秘密の保持と個人情報の保護について

|  |  |
| --- | --- |
| ①利用者及びその家族に関する秘密の保持について | 　施設は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。* + 施設及び施設の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。
	+ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。
	+ 施設は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
 |
| ②個人情報の保護について | ○ 施設は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、利用者の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。○ 施設は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。○ 施設が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。(開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。) |

11　緊急時の対応方法について

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、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

　②　上記以外の緊急時において、利用者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

　　連絡先：電話番号　　　　　　　　　　　(対応可能時間 ○○：○○～○○:○○)

12　協力医療機関について（歯科診療を含む）

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療・入院治療を保証するものではございません。

(1)

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医院長名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 診療科 |  | 入院設備 |  |

(2)

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名称 |  |
| 医院長名 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 診療科 |  | 入院設備 |  |

13　事故発生時の対応方法について

利用者に対する施設障がい福祉サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する施設障がい福祉サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 市町村 | 市町村名 |  |
| 担当部・課名 |  |
| 電話番号・FAX番号 |  |

本施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。

　　保険会社名

　　保険名

保障の概要

14　非常災害時の対策

|  |  |
| --- | --- |
| 非常時の対応 | 別に定める消防計画により対応いたします。 |
| 平時の訓練 | 別に定める消防計画に則り、○○訓練を年○回実施します。 |
| 防災設備 | ・自動火災報知機　　有　　・誘導灯　　　　　　有・ガス漏れ報知器　　有　　・非常通報装置 有・非常用電源　　　　有　　・スプリンクラー　　有・室内防火栓　　　　有　　・○○○○ 有・カーテン等は防炎機能のある物を使用しています。・震災に備えての備蓄（食糧・飲料水○日分）（その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等） |
| 消防計画 | 消防署への届出日 :　○○年○月○日防災管理者　　　 :　 |
| 保険加入 | 本施設は、下記の損害賠償保険に加入しています。　　保険会社名　　保険名保障の概要 |

15　苦情解決の体制及び手順

(1)　提供した施設障がい福祉サービスに係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。（下表に記す【施設の窓口】のとおり）

　　　本施設はでは地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本施設はに対するご意見などもいただいています。本施設はへの苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

**（メモ）第三者委員が選任されている場合の例です。第三者委員の選任ができていない場合は、当該箇所は削除してください。選任については努力をお願いします。**

　第三者委員氏名・連絡先

(2)　相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

　　　　①

指定申請時に提出された「利用者からの苦情を解決するために講ずる措置の概要」に基づき記載してください。

　　　　②

③

|  |  |
| --- | --- |
| 【施設の窓口】（施設の担当部署・窓口の名称） | 所 在 地電話番号　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号受付時間 |
| 【市町村の窓口】（利用者の居宅がある市町村の障がい福祉サービス担当部署の名称） | 所 在 地電話番号　　　　　　　ﾌｧｯｸｽ番号受付時間 |
| 【公的団体の窓口】　大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会「福祉サービス苦情解決委員会」 | 所 在 地　大阪市中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内電話番号　06-6191-3130ﾌｧｯｸｽ番号 06-6191-5660受付時間　月～金曜日（祝日を除く）　　　　　午前10時～午後4時 |

16　心身の状況の把握

施設障がい福祉サービスの提供にあたっては、利用者の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

17　連絡調整に対する協力

　　施設障がい支援施設は、施設障がい福祉サービスの利用について市町村又は相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

18　他の指定障がい福祉サービス事業者等との連携

施設障がい福祉サービスの提供にあたり、地域及び家族との結びつきを重視した運営を行い、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者等及び保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

19　サービス提供の記録

1. 施設障がい福祉サービスの実施ごとに、そのサービスの提供日、内容、実績時間数及

び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に利用者の確認を受けることとします。

1. 施設障がい福祉サービスの実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、利用

者の確認を受けます。

1. これらの記録はサービス完結の日から５年間保存し、利用者は、施設に対して保存さ

れるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

（複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。）

20　健康管理

　　施設障がい支援施設は利用者の健康保持のために適切な措置を講じるとともに、年２回の健康診断を全利用者に対して行います。（係る費用は施設が負担します）

21　施設障がい福祉サービスサービス内容の見積もりについて

契約に際して、利用者のサービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

22　施設ご利用の際にご留意いただく事項

|  |  |
| --- | --- |
| 感染症対策 | 施設は利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで施設利用は出来ません。 |
| 設備・器具の利用 | 施設内の設備、器具は本来の用法に従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。 |
| 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希望により世話人及びバックアップ施設にて管理を致します。 |
| 喫　　　　煙 | 喫煙は決められた時間に決められた場所でお願いいたします。 |
| 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。 |
| ○○○○ | （必要に応じて記載する） |

23　サービス提供開始可能年月日

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供開始が可能な年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

24　重要事項説明の年月日

|  |  |
| --- | --- |
| この重要事項説明書の説明年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |

上記内容について、吹田市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施行条例（令和元年吹田市条例第35号）に基づき、利用者に説明を行いました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設 | 所　在　地 |  |
| 法　人　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 施設名 |  |
| 説明者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

上記内容の説明を施設から確かに受けました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用　者 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 代　理　人 | 住　所 |  |
| 氏　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

**（メモ）**

**この重要事項説明書の内容説明に基づき、この後、契約を締結する場合には利用者及び施設の双方が、事前に契約内容の確認を行った旨を文書で確認するため、利用者及び施設(説明者)の双方が（署名）記名押印を行います。**

**サービス提供を行うに際しては、自立支援の給付を受ける利用者本人の意思に基づくものでなければならないことはいうまでもありません。**

**したがって、重要事項の説明を受けること及びその内容に同意し、かつサービス提供契約を締結することは、利用者本人が行うことが原則です。**

**しかしながら、本人の意思に基づくものであることが前提であるが、利用者が契約によって生じる権利義務の履行を行い得る能力（行為能力）が十分でない場合は、代理人（法定代理人・任意代理人）を選任し、これを行うことができます。**

**なお、任意代理人については、本人の意思や立場を理解しうる立場の者（たとえば同居親族や近縁の親族など）であることが望ましいものと考えます。**

**なお手指の障がいなどで、単に文字が書けないなどといった場合は、利用者氏名欄の欄外に、署名を代行した旨、署名した者の続柄、氏名を付記することで差し支えないものと考えます。**

**（例）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **利用者** | **住　所** | **大阪府○○市△△町１丁目１番１号** |
| **氏　名** | **吹　田　　太　郎　　　　　　　　印** |

**大阪府○○市△△町１丁目１番１号**

**上記署名は　吹田　花子（子） が代行しました。**

**（メモ）**

**重要事項説明書にあたっては、利用者の障がいの特性に応じ、適切に配慮されたわかりやすい説明書やパンフレット等の文書を交付して、懇切丁寧に説明をおこなってください。**

**なお、書面については、点字版・拡大文字版・録音版・ルビ版・絵文字版・ビデオテープ版・手話通訳による説明など利用者の障がいの特性に応じて複数作成してください。**