

## 共生型自立訓練（機能訓練）重要事項説明書

### 1 共生型自立訓練（機能訓練）サービスを提供する事業者について

事業者名称	医療法人財団恵仁会
代表者氏名	理事長 藤木龍輔
本社所在地 （連絡先）	富山県中新川郡立山町前沢1181番地 総務課 076-463-1301
設立年月日	昭和61年12月26日

### 2 サービス提供を担当する事業所について

#### (1) 事業所の所在地等

事業所名称	デイサービスセンター スマイルレーベル
富山県指定 事業所番号	指定事業所番号 号
指定年月日	令和 2年 10月 1日
事業所所在地	富山県中新川郡大石原225番地
連絡先	電話：076-461-3270 FAX：076-461-3271
事業所の通常の 事業実施地域	中新川郡立山町
利用定員	60名（1単位：30名、2単位：15名、3単位：15名）
事業所が行なう 他の指定障害 福祉サービス	共生型生活介護 号（令和2年10月1日指定）

#### (2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	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に規定する共生型自立訓練（機能訓練）の事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び管理運営に関する事項を定め、利用者に対する適切なサービスを提供することを目的とする。
-------	--

運 営 方 針	<p>1 事業所は、共生型自立訓練（機能訓練）の提供に当たっては、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、障害者に対して、一定期間にわたり身体機能又は生活能力の維持、向上等のために必要な支援、訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行う。</p> <p>2 事業所は、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てサービスの提供を行う。</p> <p>3 事業所は、富山県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 12 日富山県条例第 74 号)その他関係法令を遵守し、事業を実施する。</p>
---------	--

## (3) 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、8月15日、12月30日から1月3日までを除く。
営 業 時 間	午前8時から午後5時30分までとする。

## (4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、8月15日、12月30日から1月3日までを除く。
サービス提供時間	午前8時30分から午後4時（1単位） 午前10時30分から午後4時（2単位） 午前9時00分から午後0時30分（3単位）

## 3 サービスの主たる対象者

サービスの主たる対象者は、身体障害者、難病等対象者とする。

## 4 サービス提供を行う施設・設備等について

## (1) 施 設

構 造	鉄筋コンクリート造 一部 鉄骨造
敷 地 面 積	12,977.34 m <sup>2</sup>
延 床 面 積	191.44 m <sup>2</sup>

## (2) 主な設備

設備の種類	部屋数	備考
訓練室	1室	レッドコード、平行棒等あり
相談室	1室	専用相談室
洗面所	1室	車いす用トイレあり
浴室	2室	通常浴室1、特別浴室1
静養室	1室	畳式のベッドあり

## 5 サービス提供を行う職員体制

## (1) 職務の内容（共生型の為、介護保険法の通所介護に準ずる。）

職種	職務内容
管理者	管理者は、従業者及び業務の管理その他の管理を一元的に行うとともに、従業者に法令等を遵守させるため必要な指揮命令を行う。
生活相談員	生活相談員は、利用者の生活の向上を図るために適切な相談・援助を行う。
介護職員	介護職員は、日常生活上の必要な介護を行う。
看護職員	看護職員は、医師の指導のもと、日常生活上の健康管理及び療養上の指導を行う。
機能訓練指導員	機能訓練指導員は、日常生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行う。

## (2) 職員の配置状況（共生型の為、介護保険法の通所介護に準ずる。）

職種	生活相談員		看護職員		介護職員		機能訓練指導員	
	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務	専従	兼務
常勤	1	1	0	0	5	0	0	0
非常勤	0	0	3	0	5	0	3	0

## 6 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
個別支援計画の作成	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個別支援計画を作成します。
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。
理学療法や作業療法等の身体機能のリハビリテーション及びコミュニケーションや家事等の訓練	利用者の心身状況に応じ、利用者の自立支援と日常生活が充実するよう、適切な技術をもって訓練を行います。また、利用者の有する能力を活用することにより、自立した日常社会生活を営むことができるよう、利用者の特性に応じた必要な訓練を行います。
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、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、協力病院との連絡調整や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。
地域生活への移行のための支援	利用者が地域において自立した日常社会生活を営むことができるよう、各種障害福祉サービス事業者と連携調整を行います。また、利用者が自宅等に戻られたあとも、一定期間、定期的な連絡・相談等を行います。
送迎サービス	基本的に、送迎サービスを行います。

その他、日常生活上 必要な支援	上記に記載した事項以外で、日常生活上必要な支援を行います。
--------------------	-------------------------------

## (2) 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（別表）による利用料が発生します。

利用者負担は、原則利用料の1割となっていますが、所得に応じて市町村が定めた利用者負担上限額を上限としています。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。

※ 訓練等給付費等について事業者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、訓練等給付費等の全額をいったんお支払いいただきます。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訓練等給付費等の支給（利用者負担額を除く）を申請してください。

## 【別表】

## ① 利用料金

利用料	利用者負担額
6,990円	左記の1割

## ② 加算項目

ア 事業所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。

現時点では、事業所がとっている体制による加算は、ありません。

イ 事業所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
初期加算	300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。
欠席時対応加算	940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。
リハビリテーション加算	(I)480円 (II)200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。
食事提供体制加算	300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。
利用者負担上限額管理加算	1,500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。
送迎加算	(I)210円 (II)100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。

## 7 その他の費用について

内 容	料 金
-----	-----

食事の提供に係る費用	昼食	560円
	おやつ	60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)	通常の事業の実施地域以外の場合でも、送迎費用は不要です。	
キャンセル料	キャンセル料は不要です。	

## 8 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15日以降に利用月分の請求書をお届けし、翌月27日（金融機関が非営業日の場合は、翌営業日）に各指定口座からの引き落としにて支払います。

(※) 防犯の関係上、利用時料金の現金の持ち込みはお断りしておりますので、各指定口座の引き落としにご協力をお願いいたします。お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、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いただくことがあります。

## 9 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事業者にお知らせください。

### (2) 個別支援計画の作成

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個別支援計画を作成します。作成した個別支援計画については、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) 個別支援計画の変更等

個別支援計画は、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。

## 10 虐待の防止について

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を選定しています。

虐待防止に関する責任者 生活相談員・宮ケ丁翼

- ② 成年後見制度の利用を支援します。  
 ③ 苦情解決体制を整備しています。  
 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しています。

## 11 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

事業者は、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」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

- 事業者及び事業者の使用する者（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。
- 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。
- 事業者は、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

- 事業者は、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、他の障害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。
- 事業者は、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。
- 事業者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。）

## 12 事故発生時の対応方法について

利用者に対する自立訓練（機能訓練）の提供により事故が発生した場合は、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、利用者に対する自立訓練（機能訓練）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。

【事故発生時連絡先】 立山町役場健康福祉課障害福祉係

〒930-0221 富山県中新川郡立山町前沢 1169

立山町元気交流ステーション3階

TEL：076（462）9957 / FAX：076（462）9996

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

あいおいニッセイ同和損害保険株式会社 / 施設利用者賠償責任

## 13 非常災害時の対策

非常時の対応	別に定める非常災害計画により対応いたします。
平時の訓練	別に定める非常災害計画に則り、避難訓練を年2回実施します。
防災設備	<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・自動火災報知機 有</li> <li style="width: 50%;">・誘導灯 有</li> <li style="width: 50%;">・ガス漏れ報知器 有</li> <li style="width: 50%;">・非常通報装置 有</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・非常用電源 有 ・スプリンクラー 有</li> <li>・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。</li> <li>・震災に備えての備蓄（食糧・飲料水7日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等）</li> </ul>
消 防 計 画	消防署への届出日： 令和1年11月2日 防火管理者： 野々上孝

#### 14 苦情解決の体制及び手順

##### (1) 事業所の苦情・相談受付窓口

提供した共生型自立訓練（機能訓練）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ています。

苦情受付担当者 生活相談員・曾我秀美

苦情解決責任者 生活相談員・宮ケ丁翼

受付日 月曜日から土曜日。ただし、8月15日、12月30日から1月3日までを除く。

受付時間 午前8時から午後5時30分

電話番号 076（461）3270

FAX番号 076（461）3271

##### (2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関または富山県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

自治体の窓口	所在地	〒930-0221 富山県中新川郡立山町前沢 1169 立山町元気交流ステーション3階
	受付担当課	立山町役場健康福祉課障害福祉係
	電話番号	TEL：076（462）9957
	FAX番号	FAX：076（462）9996

富 山 県 福 祉 サ ー ビ ス 運 営 適 正 化 委 員 会	所 在 地	富 山 県 富 山 市 安 住 町 5 - 2 1
	実 施 機 関	富 山 県 社 会 福 祉 協 議 会
	受 付 日	毎 週 月 曜 日 か ら 金 曜 日
	受 付 時 間	午 前 9 時 か ら 午 後 5 時 ま で
	電 話 番 号	0 7 6 ( 4 3 2 ) 3 2 8 0
	F A X 番 号	0 7 6 ( 4 3 2 ) 6 5 3 2

## 15 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

感 染 症 対 策	事業所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事業所利用はできません。
設 備 ・ 器 具 の 利 用	事業所内の設備、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貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。
喫 煙	喫煙は決められた時間に決められた場所をお願いいたします。
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。

16 緊急時の対応について

- (1) 対応方法：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、当事業所の医師の診察を受けて頂きます。また、家族または緊急連絡先に連絡するとともに、必要に応じて協力病院・主治医に連絡を取るなどの措置を講じます。また、相談支援事業所へ連絡します。
- (2)

主治医： 氏名 \_\_\_\_\_

所属医療機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

家族緊急連絡先①

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

家族緊急連絡先②

氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

自宅電話番号 \_\_\_\_\_

携帯電話番号 \_\_\_\_\_

勤務先名 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

この重要事項説明書は、説明と同意の確認の為に2通作成し、利用者と事業者が各々署名押印して1通ずつ保有します。利用期間中はいつでも確認できる所での保管をお願いいたします。

重要事項説明書の説明年月日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

事業所から上記内容の説明を受け、同意しました。

【 利用者 】

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

【 署名代行者（または法定代理人） 】

続柄： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_

氏名： \_\_\_\_\_ 印

代行する理由： \_\_\_\_\_

【 事業者 】 富山県中新川郡立山町大石原 225 番地

医療法人財団恵仁会 藤木病院

理事長 藤木 龍輔 印