

「障害者福祉サービス 自立訓練（機能訓練）」重要事項説明書

地域共生型デイサービス そよの森

当事業は共生型通所介護事業、障害者付記しサービスの指定を受けています。
（指定 第4311440616号）

- ☆ 当事業所はご契約者に対して障害者福祉サービス自立訓練（生活訓練）を提供します。
事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。
- ☆ 当サービスの利用は、原則として障害区分認定の結果、障害者手帳を配布された方が対象となります。
障害区分認定をまだ受けていない方でもサービスの利用は可能です。

◆◆目次◆◆

1. 事業者
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域及び営業時間
4. 職員の配置状況
5. 主たる対象者
6. 当事業所が提供するサービスと利用料金
7. 非常災害時における対策について
8. 第三者評価の実施状況
9. 虐待防止のための措置に関する事項
10. 苦情の受付について

1. 事業者

- (1) 法人名 有限会社ひまわり・コーポレーション
- (2) 法人所在地 熊本県上益城郡山都町浜町259-20
- (3) 電話番号 0967-72-4390
- (4) 代表者氏名 代表取締役 安永 幸二郎
- (5) 設立年月日 昭和63年7月16日

2. 事業所の概要

- (1) 事業所の概要 【指定】介護保険サービス地域密着型通所介護事業
介護予防・日常生活支援総合事業
障害福祉サービス共生型自立訓練（生活訓練）
障害福祉サービス共生型自立訓練（機能訓練）
障害福祉サービス共生型生活介護
- (2) 事業所の名称 地域共生型デイサービス そよの森
- (3) 事業所の所在地 熊本県上益城郡山都町今500
- (4) 電話番号 0967-72-9888
- (5) FAX 0967-72-9889
- (6) 事業所長 下竹 砂智江

(7) 事業所の目的

共生型デイサービスは、障害者手帳を配布されたご契約者に対し、障害者総合支援法の趣旨に従って、個別支援計画を立て実施し、ご契約者が健康で充実した生活を過ごせることを目的とする。

(8) 当事業所の運営方針

- ① 当事業所では、個別支援計画に基づいて、機能訓練やレクリエーション、健康チェック等を行い、ご契約者の心身の機能の維持回復を図り、ご契約者の目標に対しての支援に努める。
- ② 当事業所では、ご契約者の意思及び人格を尊重し、自傷他害の恐れがある緊急や、やむを得ない場合以外、原則として身体拘束を行わない。
- ③ 当事業所は、地域の中核施設となるべく、相談支援事業所、居宅介護支援事業者、その他保健医療福祉サービス・障害福祉サービス提供者及び関係市町村と綿密な連携を図り、ご契約者が地域において総合的なサービス提供を受けることができるよう努める。
- ④ 事業所では、明るく家庭的な雰囲気重視し、ご契約者が「にこやか」で過ごすことができるサービス提供に努める。
- ⑤ サービス提供にあたっては、懇切丁寧を旨とし、ご契約者又はその家族に対して療養上必要な事項について、理解しやすいように指導又は説明を行うとともにご契約者の同意を得て実施するよう努める。

(9) 開設年月 令和7年11月1日

(10) 利用定員 月～金曜日 15人

※共生型通所介護事業、指定地域密着型通所事業との一律的にサービスを行う
為上記の介護保険利用者と合わせて月～金曜15名まで

3. 事業実施地域及び営業時間

(1) 通常の事業の実施地域

山都町全域

(2) 営業日及び営業時間

営業日	毎週（月曜～金曜）*12/29から1/3までを除く。 *夏期（お盆期間中※不定期）の3日を除く。 *祝日は通常どおり営業します。	
営業時間	月曜～金曜	8:00～17:00
サービス提供時間	月曜～金曜	9:00～16:00

項が認められる場合

- ⑦ 他の利用者がご契約者の身体・財物・信用等を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において、事業者が適切な対応をとらない場合

(2) 事業者からの契約解除の申し出（契約書第18条参照）

以下の事項に該当する場合には、本契約を解除させていただくことがあります。

- ① ご契約者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
- ② ご契約者による、サービス利用料金の支払いが3ヶ月以上遅延し、相当期間を定めた催告にもかかわらずこれが支払われない場合
- ③ ご契約者が、故意又は重大な過失により事業者又はサービス従事者もしくは他の利用者等の生命・身体・財物・信用等を傷つけ又は著しい不信行為を行うことなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合
(※上記③事項で、判断範囲を超える事態が発生した場合、管轄警察や必要機関に通報連絡を行う事や、被害・損害状況によっては、当事者又は家族の方に、賠償請求を行う場合がある。)
- ④ 以下の場合には、30日の予告期間において、契約を解除する場合があります。
 - 1. 入院期間が1ヶ月を超え退院の見込みがない場合

(3) 契約の終了に伴う援助（契約書第15条参照）

契約が終了する場合には、事業者はご契約者の心身の状況、置かれている環境等を勘案し、必要な援助を行うよう努めます。

7. 事故発生時の対応

- (1) 共生型通所介護事業者は、利用者に対する指定通所介護の提供により事故発生した場合は、市町村、当該利用者に係る相談支援専門員に連絡を行うとともに、必要な措置を行います。
- (2) 共生型通所介護事業者は、前項の事故の状況及び事故に際し採った処置について記録します。
- (3) 共生型通所介護事業者は、利用者に対する自立訓練（生活訓練）サービスの提供により賠償すべき事故が発生した場合、損害賠償を速やかに行います。（契約書第12・13条参照）
- (4) 共生型通所介護事業者は、事故発生時の状況を分析し、再発防止を講じます。

○ 当事業所の職員や他の利用者に対し、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

(2) 喫煙…事業所内の喫煙スペース以外での喫煙はできません。

5. 損害賠償について（契約書第12条・第13条参照）

当事業所において、事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

ただし、その損害の発生について、契約者に故意又は過失が認められる場合には、契約者の置かれた心身の状況を堪案して相当と認められる時に限り、事業者の損害賠償額を減じる場合があります。

6. サービス利用をやめる場合（契約の終了について）

契約の有効期間は、契約締結の日から契約者の要介護認定の有効期間満了日までですが、契約期間満了の2日前までに契約者から契約終了の申し入れがない場合には、契約は更に同じ条件で更新され、以後も同様となります。

契約期間中は、以下のような事由がない限り、継続してサービスを利用する事ができますが、仮にこのような事項に該当するに至った場合には、事業所との契約は終了します。（契約書第15条参照）

- ① ご契約者が死亡した場合
- ② 要介護認定によりご契約者の心身の状況が自立と判定された場合
- ③ 事業者が解散した場合、破産した場合又はやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合
- ④ 施設の滅失や重大な毀損により、ご契約者に対するサービスの提供が不可能になった場合
- ⑤ 当事業所が介護保険の指定を取り消された場合又は指定を辞退した場合
- ⑥ ご契約者から解約又は契約解除の申し出があった場合（詳細は以下をご参照下さい）
- ⑦ 事業者から契約解除を申し出た場合（詳細は以下をご参照下さい）

(1) 契約者からの解約・契約解除の申し出（契約書第16条・第17条参照）

契約の有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約する事ができます。その場合には、契約終了を希望する日の7日前までに解約届出書をご提出下さい。ただし、以下の場合には、即時に契約を解約・解除する事ができます。

- ① 介護保険給付対象外サービスの利用料金の変更に同意できない場合
- ② ご契約者が入院された場合
- ③ ご契約者の「居宅サービス計画（ケアプラン）」が変更された場合
- ④ 事業者もしくはサービス従事者が正当な理由なく本契約に定める通所介護サービスを実施しない場合
- ⑤ 事業者もしくはサービス従事者が守秘義務に違反した場合
- ⑥ 事業者もしくはサービス従事者が故意又は過失によりご契約者の身体・財物・信用等を傷つけ、又は著しい不信行為、その他本契約を維持しがたい重大な事

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご契約者に対して指定地域密着型通所介護サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

＜主な職員の配置状況＞ ※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	指定基準	業務内容	勤務体制
管理者	常勤1名	事業所の運営・管理全般を統括する。	常勤1名
生活相談員	1名	ご契約者の生活相談及び通所介護計画書の作成、実施に従事する。	1名以上
看護職員	1名	ご契約者の健康管理、地域の医療機関と連携し、健康づくりのお手伝いを行う。	非常勤含め 1名以上
介護職員	1名	ご契約者の日常生活の介護相談並びに援助業務に従事する。	非常勤含め 1名以上
機能訓練指導員	1名	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業務に従事する。	非常勤含め 1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職種	勤務体制（勤務時間）
1. 管理者	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
2. 生活相談員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
3. 看護職員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）
4. 機能訓練指導員	シフト制（月～金8：00～17：00の範囲内）

5. 主たる対象者

事業の主たる対象者の障害の種類は 身体・精神・知的とします。

6. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご契約者に対して以下のサービスを提供します。
当事業所が提供するサービスについて

- (1) 利用料金が障害福祉から給付される場合
- (2) 利用料金の金額をご契約者に負担いただく場合があります、

(1) 障害福祉の給付の対象となるサービス（契約書第4条参照）

以下のサービスについては、利用料から利用者負担料金（区分上限）を差し引いた金額が障害福祉から給付されます。

＜サービスの概要＞

- ① 相談、支援
 - ・ご契約者の日常生活改善、目標達成、家族負担軽減に向けた相談、支援を行います。

② 機能訓練

- 機能訓練指導員により、ご契約者の心身等の状況に応じて、目標達成や日常生活を送るのに必要な機能訓練の回復又はその減退を防止するための訓練を実施します。

※地域共生型デイサービス そよ風の森では、日常生活に役立つような実践的な訓練を心掛けています。そのため、ご家庭や外出先にて遭遇される可能性のある危険性を克服するための方法を、施設内で体験・学習していただくことをねらって、あえて障壁（バリアー）有りの環境設定をしている箇所があります。（狭い通路・足元の電気コード・人混みなど）事故が起らないように細心の注意を払いますが、不幸にして事故が発生した場合には、損害賠償責任保険を適用させて頂き対応いたします。

③ 送迎サービス

- 基本的には自車、公共交通機関を利用し来所していただきます。ご契約者の希望により、集合場所やご自宅と事業者間の送迎サービスを行います。

④ 健康チェック

バイタル測定（血圧・脈拍・体温など）を行います。

⑤ 入浴

一人用浴槽にて、ご契約者の状況に応じた適切な入浴をしていただきます。

⑥ 食事

施設内厨房からの食事の提供、又は外部からの食事提供業者に委託。（食事の準備・配膳下膳介助、食事摂取の介助、その他必要な食事介助）

＜サービス利用料金（1回あたり）＞ （契約書6条参照）

下記の料金表によって、ご契約者のサービス料金から障害福祉給付費額を除いた額（自己負担額）をお支払いください。

利用料金表

障害福祉サービス自立訓練（生活訓練）※共生型

厚生労働大臣の定める基準によるもの

障害者福祉サービス自立訓練（生活訓練）利用・・・1回あたり

※共生型による

○共通的服务（1回あたり）

1, ご契約者の障害福祉サービス料金	共生型生活訓練サービス費 721 単位
2, サービス利用自己負担額	7,210 円

*全て1回の料金です。自己負担額は所得により変わります。

＜重要事項の説明書付属文書＞

1. 事業所の概要

(1) 建物の構造	鉄骨 地上2階
(2) 建物の延べ床面積	延べ床面積 (6, 388.84 m ²)
(3) 機能訓練室	397.26 m ²
(4) 相談室	4.10 m ²
(5) 送迎車	4台

2. 職員の配置状況

＜配置職員の職種＞

生活相談員 …ご契約者の日常生活上の相談に応じ、適宜生活支援を行います。
1名の生活相談員を配置しています。

機能訓練指導員…ご契約者の機能訓練を担当します。
1名の機能訓練指導員を配置しています。

介護職員 …主にご契約者の健康管理や療養上の世話を行います。日常生活上の介護・介助等も行います。

看護職員 …健康管理に十分気をつけ地域の医療機関と連携し、健康づくりのお手伝いを行う。

3. サービス提供における事業者の義務（契約書第9条・第10条参照）

当事業所では、ご契約者に対してサービスを提供するにあたって、次のことを守ります。

- ご契約者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
- ご契約者の体調、健康状態からみて必要な場合には、医師又は看護職員と連携のうえ、ご契約者から聴取、確認します。
- ご契約者に提供したサービスについて記録を作成し、契約終了5年間保管するとともに、ご契約者又は代理人の請求に応じて閲覧させます。
- ご契約者へのサービス提供時において、ご契約者に病状の急変が生じた場合その他必要な場合には、速やかに主治医への連絡を行う等必要な処置を講じます。
- 事業者及びサービス従事者又は従業員は、サービスを提供するにあたって知り得たご契約者又はご家族等に関する事項を正当な理由なく、第三者に漏洩しません。（守秘義務）ただし、ご契約者に緊急な医療上の必要性がある場合には、医療機関等にご契約者の心身等の情報を提供します。また、ご契約者との契約の終了に伴う援助を行う際には、あらかじめ文書にて、ご契約者の同意を得ます。

4. サービスの利用に関する留意事項

(1) 施設・設備の使用上の注意（契約書第11条参照）

- 施設・設備、敷地をその本来の用途に従って利用して下さい。
- 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設・設備を壊したり、汚したりした場合には、ご契約者に自己負担により原状に復していただくか、相当の代価をお支払いいただく場合があります。

指定地域密着型通所介護サービスの提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者住所 熊本県上益城郡山都町浜町259-20
 事業者名 有限会社ひまわり・コーポレーション
 事業所名 地域共生型デイサービス そよ風の森
 代表者氏名 代表取締役 安永 幸二郎

説明者

職名 _____
 氏名 _____

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、指定地域密着型通所介護サービスの提供開始に同意しました。

利用者 住所 _____
 氏名 _____

代理人 住所 _____
 氏名 _____

○利用者自己負担の上限

1, 生活保護	生活保護受給世帯	負担上限額 0円
2, 低所得	市町村民税非課税世帯 ※3人世帯で障害しゃ基礎年金1級受給の場合、収入が概ね300万以下の世帯が対象。	負担上限額 0円
3, 一般1	市町村民税非課税世帯（所得割16万未満） ※入所施設利用者（20歳以上、グループホーム利用者は「一般2」区分の該当となるため除く） ※収入が概ね600万円以下の世帯が対象	負担上限額 9,300円
4, 一般2	上記以外	負担上限額 37,200円

※所得判断の際の世帯範囲（契約者が18歳以上）：契約者とその配偶者
 ※ひと月にこの上限額に達しない場合は利用料金の1割負担となります。

○初期加算：30単位（1日あたり）

※利用開始日から起算し30日以内について加算

○欠席対応加算：94単位 ※1月につき4回を限度とする。

契約者が利用を予定していた日に、急病等によりその利用を通史した場合において、契約者又はその家族等との連絡調整その他の相談援助を行った場合に算定されます。

- ☆ ご契約者がまだ障害区分の護認定を受けていない場合には、サービス利用料金の全額をいったんお支払いいただきます。認定を受けた後、自己負担額を除く金額が障害福祉から払い戻されます(償還払い)。また、居宅サービス計画が作成されていない場合も償還払いとなります。
- ☆ 障害福祉からの給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

(2) 障害福祉の給付対象とならないサービス（契約書第5条・第6条参照）

以下のサービスは、利用料金の全額がご契約者の負担となります。

<サービスの概要と利用料金>

① お食事

昼食をご利用される場合、そのご利用回数分の費用をご負担いただきます。

食事代実費：昼食代500円（税込）

おやつ代実費：おやつ代50円（税込）

☆利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合取消料として、下記の料金をお支払いいただく場合があります。

昼食代⇒ キャンセル料金（100%）

② レクリエーション

レクリエーションを行うにあたり一般的には費用は発生いたしません、自宅へ持ち帰ることを目的に制作する品物に対しては、協議の上、材料費をいただくことがあります。

③ 衛生管理上必要となる諸費用

衛生管理上必要となる物品の購入代金はご契約者に実費相当をご負担頂きます。(おむつ代・尿パット代など)

☆可能ならば予備のものをご持参ください。

④ 利用料金のお支払方法(契約書第6条を参照)

前記(1)の料金のご利用当月の末締めで、当月ご利用分料金合計額の請求書を翌月10日までに発行します。料金の合計額をご利用月の翌月20日までにあらかじめ指定した通帳より口座振替の方法でお支払いください。ご契約の際には預金口座振替依頼書のご記入をお願いします。

また、現金によるお支払いの場合はその金額を翌月最初のサービス利用日にお支払い下さい。

前記(2)の費用は、サービス利用時ごとにその都度お支払い下さい。

⑤ 利用の中止・変更・追加(契約書第7条参照)

○ 利用予定日の前に、ご契約者の都合により、共生型通所介護サービスの利用を中止又は変更、もしくは新たなサービスの利用を追加する事が出来ます。この場合にはサービスの実施日の前日までに事業者へ申し出て下さい。

○ 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用中止の申し出をされた場合、取消料として、下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、ご契約者の体調不良等正当な事由がある場合は、この限りではありません。

利用予定日の前日に申し出があった場合	無料
利用予定日の前日に申し出がなかった場合	当日の利用料金の10% (自己負担相当)

○ サービス利用の変更・追加の申し出に対して、事業所の稼働状況により契約者の希望する期間にサービスの提供が出来ない場合には、他の利用可能日時を契約者に提示して協議します。

7. 非常災害時における対策について

(1) 避難場所と避難経路

○事務所の避難場所 : 正面駐車場

※避難経路図については事務所に避難経路図を提示し、職員及び利用者へ周知徹底を行う。

(2) 災害時対応や体制

○事務所では定期的に避難訓練を実施し、非常時における安全確保の手順を職員及び利用者へ周知します。訓練結果は記録し、必要に応じて避難計画の見直しを行います。

○非常時には消防署、警察署、自治体の防災担当部門と連携し、速やかな情報共有及び対応を行います。

8. 第三者評価の実施状況

現在、実施していません。

9. 虐待防止のための措置に関する事項

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等のために以下の措置を講じます。

(1) 職員は定期的に虐待防止に関する研修を受けます。

(2) 虐待防止責任者を配置し、職員柄の相談を受けるとともに、疑わしいケースが発生した際には迅速に対応いたします。

(3) 当事業所における相談窓口

※虐待やその兆候に関する相談は、利用者及び保護者から随時受け付けています。安心して相談できる環境を提供し、個別相談を希望する場合にはプライバシーを保護します。

○虐待に関する相談窓口(担当者)

【職名】 管理者 下竹砂智江

○受付時間

月曜日～金曜日 9時～16時

10. 苦情の受付について(契約書第20条参照)

(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。

○苦情受付窓口(担当者)

[職名] 管理者 下竹 砂智江

○受付時間 月曜日～金曜日 9時～16時

(2) 行政機関その他苦情受付機関

熊本県国民健康保険団体連合会	所在地	熊本市東区健軍2丁目4番10号
	電話番号	096-365-0811
山都町役場本庁 福祉課	所在地	山都町浜町6
	電話番号	0967-72-1229
	FAX	0967-72-1080
山都町社会福祉協議会	所在地	山都町大平91
	電話番号	0967-82-3318
	FAX	0967-3357

(3) 協力医療機関

山都町包括医療センター そよう病院	所在地	山都町滝上476-2
	電話番号	0967-83-1122
	FAX	0967-83-1124