# 指定自立訓練(生活訓練) 重要事項説明書

指定自立訓練(生活訓練)「SAKURA可児自立センター」 当事業所は岐阜県の指定を受けています。

(岐阜県指定 第2113100578号)

## 重 要 事 項 説 明 書

(令和6年4月1日現在)

#### 1 事業者の概要

| - 中木日の幌女 | T          |                             |  |
|----------|------------|-----------------------------|--|
| 名称       | 株式会社 サーバント |                             |  |
| 法人種別     | 株式会社       |                             |  |
| 法人所在地    | 岐阜県可児市川合2  | 2793-24 サーバントビル             |  |
| 電話番号     | 0574-60-3  | 3 2 6 0                     |  |
| 代表者氏名    | 代表取締役 千住   | 敏晃                          |  |
| 法人の沿革・特色 | 平成25年9月    | 放課後等デイサービス 虹の橋開設            |  |
|          | 平成26年4月    | 放課後等デイサービス 虹色キラリ開設          |  |
|          | 平成26年8月    | 放課後等デイサービス 虹色スケッチ開設         |  |
|          | 平成27年3月    | 放課後等デイサービス 虹色SKY開設          |  |
|          | " 4月       | 短期入所 虹色ハウス開設                |  |
|          | 平成27年5月    | 児童発達支援 虹色パーク開設              |  |
|          | 平成27年6月    | 放課後等デイサービス 虹の郷開設            |  |
|          | 平成27年10月   | 放課後等デイサービス 虹色DAYS開設         |  |
|          | 平成29年4月    | 放課後等デイサービス サーバントホース開設       |  |
|          | 平成31年2月    | 放課後等デイサービス キッズランド虹開設        |  |
|          | "          | 放課後等デイサービス 虹のみらい開設(R4年1月廃止) |  |
|          | "          | 放課後等デイサービス 虹の森開設            |  |
|          | 平成31年4月    | 放課後等デイサービス 虹の丘開設            |  |
|          | 令和 2年7月    | 放課後等デイサービス 虹色ぽけっと開設         |  |
|          | 令和 2年7月    | 障害児相談支援事業 相談支援トライアングル開設     |  |
|          | 令和 4年4月    | 放課後等デイサービス 虹色YELL開設         |  |
|          | 令和 4年8月    | 特定相談支援事業所 相談支援トライアングル開設     |  |
|          | 令和 5年4月    | 放課後等デイサービス 虹色MAX開設          |  |
|          | 令和 5年4月    | 就労移行支援 さくらサーバントカレッジ開設       |  |
|          | 令和 5年4月    | 自立訓練(生活訓練)SAKURA可児自立センター開設  |  |
|          | 令和 6年4月    | 共同生活援助 GH セブンカラー開設          |  |
|          | 令和 6年4月    | 就労移行支援B型 さくらサーバント b-team 開設 |  |
| 法人が所有する  | 指定障害児通所支持  | 爱 14事業所                     |  |
| 営業所の種類・数 | 指定障害福祉サービ  | ごス事業所 3事業所                  |  |
|          | 指定障害児相談支持  | 爰事業 1事業所                    |  |
|          | 指定特定相談支援事  | 事業所 1事業所                    |  |

#### 2 事業所の概要

| 事業の種類  | 自立訓練(生活訓練)     |
|--------|----------------|
| 事業所の名称 | SAKURA可児自立センター |

| 事業所の所在地  | 岐阜県可児市今渡869番地2 2階                         |
|--|---|
| 事業所の電話番号   | 0574-48-8649                              |
| 事業所番号  | 2113100578                                |
| 事業所開設年月日   | 令和5年4月1日                                  |
| 事業所の延床面積   | 110. 49 m <sup>2</sup>                    |
| 利用定員   | 1 0名                                      |
| 主たる対象者   | 身体障害者(18歳未満の者を除く。)                        |
|  | 知的障害者(18 歳未満の者を除く。)                       |
|  | 精神障害者(18 歳未満の者を除く。)                       |
|  | 難病等対象者(18 歳未満の者を除く。)                      |
| 営業日、営業時間   | 平日 9:00~18:00                             |
| 古来口、古来时间<br>———————————————————————————————————— | ※定休日は、土曜日、日曜日、祝日及び当社休日カレンダーで指定            |
| サービス提供時間   | 送迎時間を除く(10:00~16:00)                      |
| サービス提供地域   | 可児市・美濃加茂市・多治見市・土岐市・御嵩町・白川町・坂祝町・富加町        |
|  | 川辺町・関市・七宗町・八百津町 全域                        |
| 事業の目的及び運   | 1. 利用者の意向、利用者の特性、その他の事情を踏まえた個別支援計画を作成     |
| 営方針  | し、これに基づき利用者に対して指定自立訓練を提供するとともに、その効果       |
|  | について継続的な評価を実施することと、その他の措置を講ずることにより利       |
|  | 用者に対して適切かつ効果的に指定自立訓練を提供する。                |
|  | 2. 利用者の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の     |
|  | 整備を行い、従業者に対し研修を実施する等の措置を講じるように努める。        |
|  | 3. 事業の実地にあたっては、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)に定める内容の他、その他関係法令な |
|  | どを遵守する。                                   |
| 自己評価の実施状   | <br>  毎年1回以上実施                            |
| 況  |   |
| 第三者評価の実施   | 未実施                                       |
| <b>状況</b>  |   |
| 職員への研修の実   | 年 1 回以上の実施予定                              |
| 施状況  |   |

## 3 事業所の職員体制

| 職種               | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数 | 資格等                   |
|------------------|-------|--------|------|-----------------------|
| 管理者<br>(生活支援員兼務) | 1人    | 0人     | 1人   | ・社会福祉士<br>・訪問型職場適応援助者 |
| サービス管理責任者        | 1人    | 0人     | 1人   | • 強度行動障害支援者実践研修終了     |

## 4 職員の勤務体制

| 職 種       | 勤務体制                          |
|-----------|-------------------------------|
| 管理者       | 勤務時間帯 9:00~18:00              |
|           | 休憩1時間(1週40時間労働)               |
| サービス管理責任者 | 勤務時間帯 9:00~18:00              |
|           | 休憩1時間(1週40時間労働)               |
| 職業指導員、生活支 | 勤務時間帯 9:00~18:00              |
| 援員 (常勤)   | 休憩1時間(1週40時間労働)               |
| 職業指導員、生活支 | 勤務時間帯 9:30~15:30 休憩は勤務時間に応じる。 |
| 援員 (非常勤)  | 9:00~16:00 の間4時間~5時間          |

## 5 事業所の設備等の概要

| 設備の種類  | 部屋数 | 備考         |
|--------|-----|------------|
| 訓練・作業室 | 2室  | 62. 86 m²  |
| 事務室    | 1室  | 12.27㎡(1階) |
| 相談室    | 1室  | 4.96㎡(1階)  |

## 6 サービスの内容

## ①サービスの概要

| <u> </u>                        |  |
|---------------------------------|--|
| サービスの種類                         | サービスの内容  |
| 自立訓練(生活訓練)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自立訓練(生活訓練)計画を作成します。                  |
| 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。  |
| 家事等日常生活能<br>力を向上させるた<br>めに必要な訓練 | 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。   |
| 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。 |
| 訪問による生活訓練                       | 通所が精神状態等の理由で困難であり、様々な訪問による支援が必要な利用<br>者の居宅に訪問して、自立訓練(生活訓練)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。  |

#### 7 利用料金

サービスに要した費用と利用者負担額の目安は、以下のとおりです。

<基本サービス単位数表(1日当たり)>

利用料(サービスに要した費用)は、本事業所の所在地(7級地;(可児市))の1単位単価(10.18円)で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています。(1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定しています。)

#### ① 障害福祉サービス給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

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)となっており、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。

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

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。

※ ※利用者負担額として利用者等から徴収した額以外については、事業者が各区市町村から代理受領するものとし、受領した障害福祉サービス給付費の額については、書面にて利用者にその都度通知します。

#### ②その他の費用(利用者自己負担)について

| 内 容 |                | 料金                    |  |  |
|-----|----------------|-----------------------|--|--|
|     | 食事費用           | 実費                    |  |  |
|     | 日用品費           | 実費                    |  |  |
|     | 送迎サービスの提供に係る費用 | 公共交通機関を利用した場合は、その実費 等 |  |  |

このほか、利用者の事情により、日常生活においても必要となるものに係る費用であって、負担 させることが適当と認められるものについては、実費をいただきます。

#### ③欠席時の対応について

急病等により、利用を予定していた日の前々日、前日又は当日に欠席の連絡をいただいた場合について、電話等により利用者の状況を確認し、次回の利用の相談援助を行い、その内容を記録した場合は、欠席時対応加算を算定させていただきます。

#### 8 支払方法

上記利用料金の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月の20日までに請求しますので、口座引き落としを当月27日までにご入金をお願いします。支払いは、原則として口座引き落としに てお願いしています。

#### 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サービスを提供した日から5年間保管します。
- ② 利用者の個人情報については、個人情報保護法に沿った対応を行います。また、サービス提供を行う上で必要となる場合には、予め別紙のとおり同意書を取り交わした範囲内で情報を提供します。

#### 10 ご利用に際し留意していただきたい事項

| 設備・器具の | 設備・器具等のご利用に際し、利用者の過失による破損等が生じた場合は  |
|--------|------------------------------------|
| 利用     | 賠償していただくことがあります。また、他者に損害を与えた場合は、そ  |
|        | の賠償をしていただくことがあります。                 |
| 宗教活動等  | 利用者の思想、信仰は自由ですが、他者に対する政治活動、布教活動、販売 |
|        | 活動等はご遠慮ください。                       |
| 貴重品の管理 | 利用者の責任において管理していただきます。              |
|        | 原則、貴重品はお持込にならないようにお願いします。          |

#### 11 感染症について

感染症については、利用希望の際に感染症のおそれがある場合は、必ず事業所へご連絡ください。(必要に応じて、証明する医師の診断書をご用意いただく場合があります)。

#### 12 緊急時の対応方法

利用者の状態急変時には、速やかに医療機関への連絡を行います。

#### 【主治医】

| 医療機関名 |  |
|-------|--|
| 診療科   |  |
| 主治医氏名 |  |
| 所在地   |  |
| 電話番号  |  |

#### 【緊急連絡先】

| 氏名   |  |
|------|--|
| 住所   |  |
| 電話番号 |  |
| 続柄   |  |

#### 13 協力医療機関

当事業所は下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

| 医療機関名 | さくらこどもリハビリクリニック         |  |
|-------|-------------------------|--|
| 所在地   | 〒509-0201 可児市川合2749番地56 |  |
| 電話番号  | TEL 0574-66-1217        |  |

#### 14 非常災害時の対応

| 非常時の対応 | 別途定める「非常災害対応マニュアル」に従って対応します。 |  |
|--------|------------------------------|--|
| 防火責任者  | <b>数</b> 木 雅子                |  |
| 避難訓練   | 利用者も参加の上、年2回実施します。           |  |
| 防災設備   | ・消火器 ・自動火災報知機 ・誘導灯           |  |

#### 15 虐待防止のための措置に関する事項

事業所の従業者は、利用者に対し、障害者虐待の防止等に関する法律(平成23年法律第79号)第2条各号に掲げる行為その他当該利用者の心身に有害な影響を与える行為をしません。

①虐待の防止に関する責任者を選任します。

| 虐待防止に関する責任者 | 薮木 | 雅子 |
|-------------|----|----|
|-------------|----|----|

- ② 苦情解決の体制を整備しています。
- ③ 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

#### 16 この契約に関する相談・苦情窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

| 担当者  | <b>数</b> 木 雅子 |
|------|---------------|
| 電話番号 | 0574-48-8649  |
| 受付時間 | 平日 午前9時~午後6時  |

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

| +□ \/, \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\ | 一丁月十次記 萨宇拉列部    | <b>雨红巫口</b> | 0574 00 1111 |
|---|-----------------|-------------|--------------|
| 担当部署                                      | 可児市役所 障害福祉課     | 電話番号        | 0574-62-1111 |
| "   | 美濃加茂市役所 障害福祉課   | 電話番号        | 0574-25-2111 |
| "   | 多治見市役所 障害福祉課    | 電話番号        | 0572-22-1111 |
| "   | 土岐市役所 福祉課       | 電話番号        | 0572-54-1111 |
| "   | 御嵩町役場 福祉課       | 電話番号        | 0574-67-2111 |
| "   | 白川町役場 保健福祉課     | 電話番号        | 0574-72-1311 |
| "   | 坂祝町役場 福祉課       | 電話番号        | 0574-26-7111 |
| "   | 富加町役場 福祉保健課     | 電話番号        | 0574-54-2111 |
| "   | 川辺町役場 住民課       | 電話番号        | 0574-53-2511 |
| "   | 関市役所 福祉政策課      | 電話番号        | 0575-22-3131 |
| "   | 八百津町役場 健康福祉課    | 電話番号        | 0574-43-2111 |
| 受付時間                                      | 受付時間 午前8時30分~午後 | 5 時         |              |
|   | (土・日・祝日、年末年始は休業 | €)          |              |

また、岐阜県社会福祉協議会に設置された「運営適正化委員会事務局」においても市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

| 担当部署 | 岐阜県社会福祉協議会福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
|------|-----------------------------|
| 電話番号 | 058-278-5136                |
| 受付時間 | 午前8時30分~午後0時、午後13時~午後5時     |
|      | (土・日・祝日・年末年始は休業)            |

#### 17 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、都道府県、区市町村及び障害者の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名 東京海上日動火災保険株式会社
- (2) 損害保険の種類 超ビジネス保険(事業活動包括保険)
- (3) 損害保険の概要 事業活動賠償責任補償 1事故5億円(対人対物共通)財物損害、休業損失、賠償責任に対する保険

指定障害福祉サービス自立訓練(生活訓練)を利用するにあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

#### 令和 年 月 日

#### 事業者

(所在地) 岐阜県可児市川合2793-24 サーバントビル

(事業者名) 株式会社 サーバント

(代表者名) 代表取締役 千住 敏晃 印

(事業所名) SAKURA可児自立センター

(説明者) 役職

氏名 印

私は本書面により、これから利用する指定障害福祉サービス自立訓練(生活訓練)事業の重要な事項について、事業者から説明を受け同意しました。

令和 年 月 日

#### 利用者

(住所)

(氏名) 印

代筆者 (続柄)