モ デ ル 重 要 事 項 説 明 書 　（自立訓練（機能訓練））

メモは、事業所への注意事項です。

作成時は、消してください。

|  |
| --- |
| 　この「重要事項説明書」は、当事業所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、当事業所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事業者が説明するものです。 |

１　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 | （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事業所について

(1)　事業の所在地等

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称 | （指定事業所名称を記載する） |
| サービスの主たる対象者 | 身体障がい者知的障がい者精神障がい者難病等対象者 |
| 吹田市指定事業所番号 | 自立訓練（機能訓練）　　　　　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） |
| 事業所所在地 | （事業所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） |
| 事業所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） |
| 事業所が行う他の指定障がい福祉サービス | 施設入所支援　　　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定）短期入所　　　　　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定）生活介護　　　　 　　　　　 号（○○年○○月○○日指定)就労移行支援　　　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定）就労継続支援Ａ型　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定）就労継続支援Ｂ型　　　　　　　号（○○年○○月○○日指定)自立訓練（生活訓練）　　　　　号（○○年○○月○○日指定) |
| 利用定員 | （定員数を記載する） |
| 開設年月日 | （事業所開設年月日を記載する） |

(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)　営業日及び営業時間

|  |  |
| --- | --- |
| 営業日 | （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） |

(5)　サービス提供可能な日と時間帯

|  |  |
| --- | --- |
| サービス提供日 | （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） |

３　事業所の構造・設備について

(1)　構造

|  |  |
| --- | --- |
| 構造 | （事業所の構造を記載する） |
| 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 |  |
| 相談室 | 室 |  |
| 洗面所 | 室 |  |
| 便所 | 室 |  |
| 多目的室 | 室 |  |
| ○○○室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| ○○○室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| ○○○室 | 室 | （必要に応じて記載する） |
| ○○○室 | 室 | （必要に応じて記載する） |

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 | 管理者は、職員の管理、指定自立訓練（機能訓練）の利用の申し込みに係る調整、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、法令等において規定されている指定自立訓練（機能訓練）の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。 |
| 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、事業所が提供する指定自立訓練（機能訓練）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、指定自立訓練（機能訓練）の目標及びその達成時期、指定自立訓練（機能訓練）を提供する上での留意事項等を記載した自立訓練（機能訓練）計画の原案を作成します。(3)　自立訓練（機能訓練）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、作成した自立訓練（機能訓練）計画を記載した書面を利用者に交付します。(4)　自立訓練（機能訓練）計画作成後、自立訓練（機能訓練）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、自立訓練（機能訓練）計画の見直しを行い、必要に応じて自立訓練（機能訓練）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、事業所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。 |
| 看護職員 | （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） |
| 生活支援員（訪問担当） | （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） |
| 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）事業所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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  |  |  |  |
| 看護職員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活支援員 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生活支援員（訪問担当） |  |  |  |  |  |  |  |
| 理学療法士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 作業療法士 |  |  |  |  |  |  |  |
| 運転手 |  |  |  |  |  |  |  |
| 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） |
| 看護職員 | （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） |
| 生活支援員（訪問担当） | （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） |
| 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 |
| 自立訓練（機能訓練）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（機能訓練）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。 |
| 入浴サービス | 希望により、入浴サービスを提供します。（機械浴・一般浴による入浴サービスです） |
| 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。 |
| 家事等日常生活能力を向上させるために必要な訓練 | 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。 |
| 訪問による機能訓練 | 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者の居宅に訪問して、自立訓練（機能訓練）を行います。 |
| 短期滞在による機能訓練 | 心身の状況の悪化防止等の緊急の必要性が認められる場合、宿泊の提供を行い、夜間に日常生活能力を向上させるための支援等を行います。 |
| 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。 |
| ○○○○ | （必要に応じて記載する） |

**（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

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 |

訪問による機能訓練を行った場合は次表のとおりです。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 所要時間が1時間未満 | 所要時間が1時間以上 |
| 利用料 | 円 | 円 |
| 利用者負担額 | 円 | 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。

|  |
| --- |
| 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。 |

※　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。

※　訓練等給付費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訓練等給付費の支給（利用者負担額を除く）を申請してください

【加算項目】

①　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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内　　　　　容 |
| 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。 |
| 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。 |

②　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 | 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 | 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。 |
| 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。 |
| 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。 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 算定回数等 |
| 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、体制をとっている事業所として吹田市に届け出ている事業所について、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。**

６　その他の費用について

|  |  |
| --- | --- |
| 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（通常の事業の実施地域以外の地域の場合、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 |
| 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 |

**（メモ）その他費用(利用者に負担を求める額)の設定については、各事業者が個別に決定する事項ですので、該当のない項目にかかる条項は設定しないでください。**

**なお、その他費用の設定については、指定事業者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。**

**運営規程の内容と一致させてください。**

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)事業者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、訓練等給付費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、指定事業者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事業者にお知らせください。

(2) 自立訓練（機能訓練）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｢自立訓練（機能訓練）計画｣を作成します。作成した「自立訓練（機能訓練）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) 自立訓練（機能訓練）計画の変更等

「自立訓練（機能訓練）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

 　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 | (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 | 　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「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。* + 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。
	+ 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。
	+ 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。○ 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。) |

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

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

利用者に対する自立訓練（機能訓練）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。

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

本事業者は、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 | 本事業者は、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)　提供した指定自立訓練（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ます。（下表に記す【事業者の窓口】のとおり）

　　　本事業所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事業所に対するご意見などもいただいています。本事業所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

|  |  |
| --- | --- |
| 【事業者の窓口】（事業者の担当部署・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

指定自立訓練（機能訓練）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

　　自立訓練（機能訓練）事業者は、指定自立訓練（機能訓練）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

指定自立訓練（機能訓練）の提供にあたり、市町村、他の指定障がい福祉サービス事業者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　指定自立訓練（機能訓練）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。

②　指定自立訓練（機能訓練）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。

③　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、事業者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　指定自立訓練（機能訓練）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。

21　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出来ません。 |
| 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） |

22　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 |

23　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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業者 | 所　在　地 |  |
| 法　人　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 事業所名 |  |
| 説明者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

上記内容の説明を事業者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事業者の双方が、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、利用者及び事業者(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。**