

自立訓練（機能訓練）

基本方針

自立訓練（機能訓練）に係る指定障害福祉サービスの事業は、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、1年6月間にわたり、身体機能又は生活能力の維持、向上等のために必要な訓練その他の便宜を適切かつ効果的に行うものでなければならない。

サービスの概要

利用者を障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所に通わせ、当該障害者支援施設若しくは障害福祉サービス事業所において、又は当該障がい者の居宅を訪問して行われる、理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーション、生活等に関する相談及び助言その他必要な支援。

人員・設備・運営の概要

人員基準	従業者	看護職員	<input type="checkbox"/> 1人以上。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。 <input type="checkbox"/> 保健師又は看護師若しくは准看護師であること。
		理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士	<input type="checkbox"/> 1人以上 <input type="checkbox"/> 確保が困難な場合には、これらの者に代えて、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能力を有する看護師その他の者を機能訓練指導員として置くことができる。
		生活支援員	<input type="checkbox"/> 1人以上。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 看護職員、理学療法士又は作業療法士及び生活支援員の総数は、常勤換算で、利用者数を6で除した数以上。 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。	
		サービス管理責任者	<input type="checkbox"/> 利用者数60人以下 1人以上。 <input type="checkbox"/> 利用者数61人以上 1人に、利用者数が60人を超えて40又はその端数を増すごとに1人を加えて得た数以上。 ※利用者の数は前年度の平均値。新規指定の場合は推定数（定員の90%）とする。 <input type="checkbox"/> 1人以上は常勤。
		<input type="checkbox"/> 利用者の居宅を訪問することによりサービスを提供する場合は、上記に加えて、訪問によるサービスを提供する生活支援員を1人以上置くこと。	
		<input type="checkbox"/> 上記の従業者は専ら当該事業所の職務に従事する者であること。ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りでない。	

人員	<input type="checkbox"/> 資格要件 <input type="checkbox"/> 社会福祉法第19条第1項各号のいずれか（社会福祉主事任用資格）に該当する者。 <input type="checkbox"/> 社会福祉事業に2年以上従事した者。 <input type="checkbox"/> これらと同等以上の能力を有すると認められる者。 <input type="checkbox"/> 事業所ごとに配置すること。
----	--

員 基 準	管理者	<input type="checkbox"/> 専ら当該事業所の管理業務に従事する者であること。 <input type="checkbox"/> ただし、指定自立訓練（機能訓練）事業所の管理上支障がない場合は、当該指定自立訓練（機能訓練）事業所の他の職務に従事し、又は当該指定自立訓練（機能訓練）事業所以外の事業所、施設等の職務に従事することができる。
	設備 基 準	<input type="checkbox"/> 訓練又は作業に支障がない広さを有すること。 <input type="checkbox"/> 訓練又は作業に必要な機械器具等を備えること。 <input type="checkbox"/> 談話の漏えいを防ぐための間仕切り等の措置を講じること。 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。 <input type="checkbox"/> 利用者の特性に応じたものであること。 多目的室その他の運営上必要な設備 <input type="checkbox"/> 相談室及び多目的室は、利用者の支援に支障がない場合は兼用することができる。 <input type="checkbox"/> 上記の設備は、専ら当該指定自立訓練（機能訓練）事業所の用に供するものであること。 ただし、利用者の支援に支障がない場合はこの限りではない。
基 準	運 営 利用定員	<input type="checkbox"/> 定員 20人以上。

上記について、確認しました。

事業者名称 :

代表者名称 :