

# 子どもデイサービスみなみあいづ

## 児童発達支援・放課後等デイサービス（共生型・多機能型）

# 『重要事項説明書』

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定に基づき、当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サービス利用希望者に対して説明するものです。

### ◆ 目次 ◆

|                        |    |
|------------------------|----|
| 1. 事業者の概要              | P2 |
| 2. 当施設の概要              | P2 |
| 3. 事業所の定員、事業実施地域及び営業時間 | P2 |
| 4. 当施設の職員体制            | P2 |
| 5. 当施設が提供するサービスの内容     | P2 |
| 6. 利用料金                | P3 |
| 7. 苦情の受付について           | P4 |
| 8. サービスの利用に関する留意事項     | P4 |
| 9. サービス実施の記録について       | P4 |
| 10. 個人情報保護について         | P4 |
| 11. 虐待防止について           | P5 |
| 12. 緊急時の対応             | P5 |
| 13. 事故発生時の対応について       | P5 |
| 14. 侵害賠償について           | P5 |
| 15. 非常災害時の対応について       | P6 |

### 1. 事業者の概要

- (1) 法人名 社会福祉法人 桜寿会  
(2) 法人所在地 福島県南会津郡南会津町田島字北下原 1 1 1 番  
(3) 電話番号 0 2 4 1 - 6 4 - 5 1 1 0  
(4) 代表者氏名 理事長 三瓶 聡志  
(5) 設立年月日 平成 2 5 年 8 月 2 3 日

### 2. 当施設の概要

- (1) 事業者名 指定障害児童通所支援事業  
児童発達支援・放課後等デイサービス（共生型・多機能型）  
福島県指定事業番号（0 7 5 1 8 0 0 0 5 3）  
(2) 所在地 福島県南会津郡南会津町田島字北下原 1 1 1 番  
(3) 電話番号 0 2 4 1 - 6 4 - 5 1 1 0  
(4) 施設長（管理者） 熊田 久士  
(5) 児童発達支援管理責任者 鈴木 寛  
(6) 開設年月日 令和 5 年 6 月 1 日

### 3. 事業所の定員、実施地域及び営業時間

- (1) 事業所の定員 1 0 名  
(2) 通常の事業の実施地域 南会津郡南会津町・下郷町の区域  
(3) 営業日及び営業時間

|          |                                      |
|----------|--------------------------------------|
| 営業日      | 月曜日 ～ 金曜日（1 2 月 2 9 日 ～ 1 月 3 日まで休み） |
| 営業時間     | 8 時 0 0 分 ～ 1 8 時 0 0 分              |
| サービス提供時間 | 児童発達支援 9 時 0 0 分 ～ 1 7 時 3 0 分       |
|          | 放課後等デイサービス 9 時 0 0 分 ～ 1 7 時 3 0 分   |
|          | 祝日、長期休暇、夏休み等 9 時 0 0 分 ～ 1 7 時 3 0 分 |
| 主たる対象者   | 知的・身体・精神に障害のある児童（発達障がい児を含む）          |

### 4. 施設の職員体制

| 職 種         | 配置人員 | 人員基準  |
|-------------|------|-------|
| 管理者         | 1 名  | 1 名   |
| 児童発達支援管理責任者 | 1 名  | 1 名   |
| 看護職員        | 1 名  | 1 名   |
| 介護職員        | 6 名  | 6 名以上 |
| 管理栄養士       | 1 名  | 1 名   |
| 機能訓練指導員     | 2 名  |       |

## 5. 当施設が提供するサービスの内容

| 項 目                     | サービス内容                                                                                          |
|-------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 放課後等デイサービス及び児童発達支援計画の作成 | ○通所給付決定保護者及び障がい児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放課後等デイサービス及び児童発達支援計画を作成します |
| 日常生活訓練                  | ○日常生活動作、軽スポーツ、音楽活動、ソーシャルスキルトレーニング等                                                              |
| 集団生活適応訓練                | ○会話、ゲーム遊び等                                                                                      |
| 創作的活動                   | ○絵画、工作、園芸、おやつレク等                                                                                |
| 運動活動                    | ○体操、歩行、軽スポーツ等                                                                                   |
| 学習活動                    | ○宿題、個性に合わせた学習やソーシャルスキル                                                                          |
| 社会的生活上の便宜の供与            | ○レクリエーション行事等                                                                                    |
| 健康指導                    | ○障がい児の健康チェック、健康相談を行います                                                                          |
| 排泄支援                    | ○トイレの誘導・介助等                                                                                     |
| 送迎サービス                  | ○希望により事業所の所有する車両にて、障がい児の自宅又は学校・保育所等と事業所との間の送迎を行います                                              |

## 6. 利用料金

### ① 当施設でのサービスの料金と利用者負担について

料金について、厚生労働省の告示の単価による利用料が発生します。通所給付決定保護者の属する世帯の所得に応じ、負担上限月額が設定され、利用料の1割と負担上限月額のいずれか額が小さいほうが、1か月あたりの利用者負担額になります。利用者の1割が負担上限月額を超える場合は負担上限以上の負担は発生しません。

負担上限月額に関する詳細については、お住いの市町村窓口までお問合せ下さい。

※ 指定児童発達支援サービス及び放課後等デイサービス費について事業者が代理受領を行わない（通所給付決定保護者が償還払いを希望する）場合は、指定児童発達支援サービス及び放課後等デイサービス費の全額をいったんお支払い頂きます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので「領収書」を添えてお住いの市町村に指定児童発達支援サービス及び放課後等デイサービス費の支給（利用者負担額を除く）を申請して下さい。

### ② 実費

次に定める費用については、利用者から徴収するものとします。  
定率負担額以外の、日用品費、創作活動材料費、その他の日常生活において通常必要となるものに係る経費であって保護者に負担させることが適当とみられるものの費用などの費用は給付費支給の対象ではありませんのでそれに要した実費の料金を徴収させていただきます。その際、実費負担がかかるサービス提供にあたってはあらかじめ、保護者に対し、当該サービスの内容及び費用について保護者の方に説明を行い、了解を得た場合に実施します。

### ③ その他の費用

|                                                              |           |
|--------------------------------------------------------------|-----------|
| 創作活動に係る材料費                                                   | 実費相当額     |
| おやつ提供に係る食事代                                                  | 1食あたり100円 |
| その他日常生活に多い通常必要となるものに係る費用であって、通所給付決定保護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     |
| 食費（1回あたり）                                                    | 700円      |

### ③ 利用料金のお支払方法

サービス利用料金は、1ヶ月毎に計算し、毎月15日頃にご請求しますので、翌月27日までにお支払い下さい。

料金支払方法は、以下の通りです。

- |   |                              |
|---|------------------------------|
| ① | 自動口座引き落とし                    |
| ② | 銀行振込（手数料は契約者のご負担となります）       |
|   | （金融機関） 東邦銀行 菜根支店 普通預金 577003 |
|   | （口座名義） 社会福祉法人 桜寿会            |
|   | 理事長 三瓶 聡志                    |

### ④ キャンセル料について

利用開始予定日の前日15時までに事業所へ申し出ることにより、利用料金の負担なくサービス利用を中止することができます。

キャンセル料（障がい児の症状の急変や急な入院等の場合は、キャンセル料は請求いたしません。

当日に食費をキャンセルした場合は1回あたりの食費がかかりますのでご了承ください。

※変更・追加につきましては、その日の利用状況により利用者が希望する日及び時間にサービス提供ができないことがあります。

## 7. 苦情の受付について

### （1）当施設における苦情の受付

当施設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  
＜職名＞ 社会福祉法人 桜寿会 白岩 由美子
- 苦情解決責任者  
＜職名＞ 社会福祉法人 桜寿会 熊田 久士
- 受付時間  
毎週 月曜日 ～ 金曜日 11:00 ～ 14:00  
電話番号 0241-64-5110

### （2）第3者委員

- 山田 明 住 所： 南会津郡南会津町田島字北下原212-1  
電 話： 0241-62-2576
- 湯田 政直 住 所： 南会津郡南会津町田島字東荒井1-2  
電 話： 0241-62-3443

### （3）行政機関その他苦情受付機関

|                    |      |                          |
|--------------------|------|--------------------------|
| 南会津町 健康福祉課         | 所在地  | 福島県南会津郡南会津町田島字後原甲3531番地1 |
|                    | 電話番号 | 0241-62-6170             |
|                    | 受付時間 | 午前8:30 ～ 午後5:30          |
| 福島県国民健康保険団体連合会     | 所在地  | 福島県福島市中町3番7号             |
|                    | 電話番号 | 024-528-0040             |
|                    | 受付時間 | 午前9:00 ～ 午後4:00          |
| 福島県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 所在地  | 福島県福島市渡利字七社宮111          |
|                    | 電話番号 | 024-523-2943             |
|                    | 受付時間 | 午前9:00 ～ 午後5:00          |

## 8. サービスの利用に関する留意事項

### （1）受給者証の確認

「住所」及び「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更や更新があった場合はできるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせ下さい。

変更、更新があった場合は「受給者証」を確認しますので提出をお願いします。

### （2）宗教活動

通所給付決定保護者はサービス利用にあたって、宗教活動や営利を目的とした勧誘、暴力行為等、他の通所給付決定保護者に迷惑を及ぼす恐れのある行為及び言動を行わないものとします。

## 9. サービス実施の記録について

### (1) サービス実績記録表票の確認

本事業所では、サービス提供ごとにサービス実績記録票にサービス内容、実施日時、時間を記録してお渡ししています。サービス実績記録表を確認いただき内容に間違いがないか確認の上、捺印をお願い致します。

### (2) ご利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいてご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用はご利用者の負担となります）

## 10. 個人情報保護について

(1) 従事者は個人情報の保護に努め、業務上知り得た個人情報について在職中及び退職後においても他に漏らしません。

(2) 利用者に医療等緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。

(3) 利用者の個人情報をサービス調整会議等で用いる場合には、予め文書にて利用者の同意を得ることとします。ただし、児童発達支援サービス計画及び放課後等デイサービス計画を作成した際に利用者に同意を得ている場合には、この限りではありません。

(4) 利用者の円滑なサービス利用のため支援を行う際に、利用者に関する情報を提供する場合には、予め文書にて利用者の同意を得ることとします。

## 11. 虐待防止について

施設は虐待の防止に務めるため、以下の措置を行う。

(1) 虐待防止のための指針を設ける。

(2) 虐待の防止にかかる体制として、虐待防止検討委員会を設置する。

(3) 虐待防止委員会の委員長を、施設の虐待防止にかかる措置の担当者とする。

(4) 虐待防止のための従事者への研修を定期的かつ計画的に行う。

(5) 虐待又は虐待が疑われる事案が発生した場合の対応方法等を示したマニュアルを策定します。

## 12. 緊急時の対応

サービス中に利用者の容態に急変があった場合は、属託医または必要に応じて受診機関の主治医に連絡する。または、緊急病院に搬送するなどの必要な措置を講ずるほか、管理者・ご家族等へ連絡を行います。

## 13. 事故発生時の対応について

(1) 当施設のサービスにより事故が発生した場合には、速やかに市町村、家族等に連絡等必要な措置を講じるとともに、事故の状況及び事故に関してとった措置を記録します。

(2) 併せて事故発生の原因・再発防止の検討を行います。

(3) 職員に対する事故発生防止するための研修の実施・指針の整備・委員会の開催を行います。

(4) 組織的な安全対策体制の整備・事故発生防止の安全対策担当者（施設長）を設置しています。

## 14. 損害賠償について

当施設において、事業者の責任により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の賠償をいたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。

但し、その損害の発生について、契約者の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斟酌して相当と認められるときに限り、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

## 15. 非常災害時の対応について

非常災害が発生した場合であっても、必要な介護サービスが継続的に提供できる体制を構築する観点から業務継続に向けた計画等の策定、研修、定期的に避難、救出、訓練（シュミレーション）の実施、その他必要な訓練を2回以上行います。

ご入居者参加の下、年2回の避難訓練のほか、防災機器類の操作訓練などに取り組んでおります。

【 説 明 確 認 欄 】

令和      年      月      日

サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項及び個人情報についての説明を行いました。

所 在 地： 〒967-0004 福島県南会津郡南会津町田島字北下原 1 1 1 番

名 称： 社会福祉法人 桜寿会 デイサービス みなみあいづ

説明者氏名： \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項及び個人情報の説明を受け、サービスの提供開始に同意しました。

サービス提供開始予定日      令和      年      月      日

■ 利 用 者

住 所： 〒      — \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

■ 保 護 者

住 所： 〒      — \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

(利用者との続柄 )

電話番号：      —      — \_\_\_\_\_

※ 請求書送付先 (上記と同様であれば住所欄に同上と記載してください)

住 所： 〒      — \_\_\_\_\_

氏 名： \_\_\_\_\_ 印

(利用者との続柄 )

電話番号：      —      — \_\_\_\_\_