

児童発達支援事業所 デイジーくらぶ 重要事項説明書

当事業所では、児童発達支援を提供します。当サービスの利用は、原則として障害児通所給付の支給決定を受けた方が対象となります。

あなたに対する児童発達支援事業提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する法人

名称	社会福祉法人 光仁会
所在地	山口県周南市城ヶ丘3丁目6番1号
電話番号	0834-33-8881
代表者氏名	理事長 市川 喜久子
法人の設立年月	平成25年7月22日

2. 利用施設

事業所の種類	児童発達支援・放課後等デイサービス
事業所の名称 (事業所番号)	デイジーくらぶ 山口県指定 3555400096 (児童発達支援・放課後等デイサービス)
事業所の所在地	山口県光市光井9丁目8番30号
連絡先 電話番号	0833-71-6157
ファックス	0833-71-6158
管理者	竹内 俊路
児童発達支援管理責任者	田中 雅代
サービスの実施地域	光市、下松市、周南市
定員	10名
開設年月日	令和2年12月1日
第三者評価実施状況	未受審

3. サービスの目的・運営方針

目的

指定障がい児通所児童発達支援の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、利用者の意思及び人格を尊重し、利用者の立場に立った、適切かつ円滑な児童発達支援サービスの提供を確保することを目的とします。

運営方針

- (1) 事業者は、児童発達支援ガイドライン等に基づく5領域の視点を含めた支援を提供することを基本とし、障がい児が日常生活における基本的動作及び知識技能を習得し、並びに集団生活に適応することができるよう、当該障がい児の身体及び精神の状況並びにその置かれている環境に応じて、適切かつ効果的な指導及び訓練を行うものとします。
- (2) 事業の実施に当たっては、関係市町ほかの指定障害福祉サービス事業者、その他の保健医療サービスおよび福祉サービスを提供する者との密接な連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。
- (3) 事業者は、障がい児が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、障がい

児及びその保護者の意思をできる限り尊重し、意思決定の支援に配慮しながら、その最善の利益の保障に努めます。

- (4) 事業者は、インクルージョンの取り組みを推進し、障害の有無に関わらず、すべての子どもが共に育つ環境整備を進めます。
- (5) 事業者は、利用者の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、従業員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

4. 事業の主たる対象とする障害の種類

重症心身障害児以外とします。

5. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設設備の概要

施設設備の種類	設置数
作業室	1 箇所
相談室	1 箇所
給湯室	1 箇所
静養室	1 箇所
便所	3 箇所

(2) 施設・設備を利用上の注意事項

室内の機器使用に当たっては、職員の指示に従ってください。

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。

6. サービス提供職員の設置状況

職種	常勤	非常勤	勤務体系
管理者	1 名		9:00～18:00
児童発達支援管理責任者	1 名		8:30～17:30
児童指導員	名		8:30～17:30
保育士	3 名		8:30～17:30

事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の定員を配置します。

7. 営業日と営業時間

- (1) 営業日：月曜日から金曜日及び指定した日とします。

ただし、「国民の祝日」および12月31日～1月3日を除きます。

- (2) 営業時間：8時30分から17時30分までとします。

- (3) サービス提供時間：10時から15時までとします。

8. サービス提供の内容

(1) 障害児通所給付費対象サービス内容

- ① 日常生活における基本的な動作の指導を行います。
 - ・室内や日用品の装飾や調理体験など生活に潤いをもたらす活動を行います
- ② 集団生活への適応訓練を行います。
 - ・外出や屋内での行事を軸として、集団を意識できるような場面を作ります。

- ③ 保健、医療、教育を含めた支援システムを構築するため、関係機関と連携を図ります。
- ④ 健康状態を確認します。
- ⑤ 障害児およびその介護を行う者の日常生活での支援等に関する相談及び助言を行います。
- ⑥ 送迎サービス 必要に応じて、居宅等との送迎を実施します。

9. 利用料金及び利用予約等

(1) 障害児通所給付費対象サービス内容の料金

サービスを提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該事業所が法定代理受領サービスであるときは、各市町村が保護者の家計の負担能力等をしん酌して定める額とします。ただし、基準により算定した費用の額の1割に相当する額が低い場合には、当該相当する額とします。

基本単位、加算については『別表』を参照とします。

(2) 障害児通所給付費対象外サービス内容の料金

『別表』、『その他費用について』を参照とします。

(3) サービス利用の予約

利用を予約する際には、「利用予約表」を利用前月20日（20日が休みの場合は19日）までに提出してください。予約をお受けした後、利用の調整を行います。提出された利用予約表は、調整後写しを返却しますので、再度確認の上保管してください。予約の状況によってはお断りする場合がありますのでご了承ください。

(4) サービス利用の取り消しおよび変更

利用が決定した後、利用を取り消されたい場合、または時間変更等をされたい場合には、二営業日前までにお申し出ください。急病に関してはその限りではありません。

(5) サービス利用の追加

利用決定後サービスを追加されたい場合、職員配置等の状況が許す限り、可能な範囲で受け入れますのでご相談ください。

(6) 体調管理に関する留意点

- ① 家庭で体調がすぐれない時には、その旨をご連絡下さい。
- ② 服薬が必要になった時には、かかりつけの医師の指示のもと、「お薬依頼書」にて提出して下さい。

(7) 以下の理由により、利用をお断りする場合があります。ご了承ください。

- ① 利用者の健康状態が著しく悪い場合。
- ② 特定伝染病にかかっている場合。
- ③ 災害や悪天候・事故等の理由のため業務ができない場合。
- ④ その他、事業所責任者が受け入れ不可を判断した場合。

10. 利用料金のお支払方法

料金は1ヶ月ごとに計算して15日に請求しますので、翌月26日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 金融機関からの口座振替

サービス利用月の翌月26日に引き落としさせていただきます。

- ※ 口座振替の手続き完了までにお時間を要することがあります。その場合は初回のみ下記の指定口座へのお振込みをお願いいたします。
- ② 指定口座への振込み（振込手数料はご家族負担となります。）
 山口銀行 光支店（064） 口座番号 5089228
 口座名義 社会福祉法人光仁会 理事長 市川 喜久子
 ※ サービス利用月の翌月 26 日までに振り込みをお願いいたします。
- ③ 上記の支払い方法が困難な場合、現金でのお支払いも考慮します。ご相談ください。
 ※ 現金でのお支払いの場合は、平日の営業時間内をお願いいたします。

11. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 受給者証の記載内容の変更や更新（住所及び支給量、障害の程度による区分など）があった場合は速やかに申し出ること。
- (2) 前号の他、契約書及び重要事項説明書等に記載されている事項について遵守すること。

12. 利用者の記録および情報の管理等

- (1) 事業者は、法令に基づいて利用者の記録およ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、記録および情報については契約の終了後 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。ただし、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等との連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報等に関する同意書」による）に基づき情報提供をいたします。
- (3) 契約書等の秘密保持事項に関しまして、同意書の提出をお願いいたします。契約により知りえた個人情報等につきましては、個別支援計画の作成時やサービス担当者会議等において用いることといたします。または、当事業所が発行する広報物（インターネット含む）に、活動の報告等をする場合がありますが、その際の写真等の掲載についても、同意できる範囲の意思確認をさせていただきます。

13. 緊急時の対応

緊急事態発生時には、早急に関係各所に連絡を行い、必要な措置を講じます。

- (1) サービス提供に当たって、事故等が発生した場合には、利用者が指定する緊急連絡先へ連絡を行います。
- (2) 利用時に緊急搬送が必要であると判断した場合、個別支援計画に従い、対応します。

14. 協力医療機関

医療機関の名称	医療法人社団光仁会 市川医院
医院長名	市川 晃
所在地	山口県光市中央三丁目 2 番 2 6 号
電話番号	0833-72-5700
診療科	内科・消化器内科・循環器内科・呼吸器内科 外科・リハビリテーション科

15. 要望・苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

(1) 当事業所ご利用相談窓口兼虐待防止受付窓口

担 当 者 田中 雅代
 責 任 者 竹内 俊路
 利用時間 月～金曜日 9:00～17:30（土日・祝日除く）
 電話番号 0833-71-6157
 FAX 番号 0833-71-6158

(2) 行政機関の苦情・虐待防止受付窓口

① 光市 福祉総務課障害福祉係

住 所 光市光井 2-2-1（あいぱーく光）
 電話番号 0833-74-3001

② 下松市 福祉支援課

住 所 下松市大手町 3-3-3
 電話番号 0833-45-1835

③ 周南市 障害者支援課

住 所 周南市岐山通 1-1
 電話番号 0834-22-8463

(3) 福祉サービス運営適正化委員会

窓 口 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会
 住 所 山口県山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館
 電話番号 083-924-2837

(4) 山口県障害者権利擁護センター

窓 口 一般社団法人 山口県社会福祉士会
 住 所 山口県山口市大手町 9-6 山口県社会福祉会館
 電話番号 083-902-8300

(5) 第三者委員会

第三者委員	有馬 俊雅	連絡先	周南市須々万奥 576	0834- 88-0259
第三者委員	小林 武生	連絡先	周南市学園台 843-4-2	0834- 28-0411
第三者委員	藤本 真樹	連絡先	周南市遠石 2-10-16	090-9506-5681

16. 非常災害時の対応

サービス提供中に天災およびその他の災害が発生した場合、別途定める施設防災計画に基づき、職員は利用者の避難等適切な措置を行います。また、防火管理者は、非常災害に関する計画の周知徹底を図るとともに、避難経路および協力機関との連携方法を確認し、災害時には、避難等指揮を執ります。また、非常災害に備えるために、避難、救出その他必要な訓練を定期的に行うものとします。

防災設備	スプリンクラー	有
	消火器	有
	誘導灯	有
	自動火災報知機	有
	自動火災通報装置	有

17. 事故発生時の対策及び損害賠償保険への加入

(1) サービス提供中に事故が発生した場合は、職員は直ちに応急処置、医療機関への連絡等必要な措置を講じるとともに、市町、利用者の家族、利用者に係る相談支援事業所に連絡を行います。

(2) 本事業者は、下記損害賠償保険に加入しております。

保険会社名	株式会社 福祉保険サービス
保 険 名	全国社会福祉協議会【施設の損害保険】
保障の概要	・施設通所時における障害事故補償 ※ 保障の対象にならないケースもありますので、詳細は管理者へお問い合わせください。

<別表> デイジーくらぶ 利用料金説明書【児童発達支援】

R2.12.1～適用
R6.4.1 変更

1. 児童発達支援給付費

☆ 児童発達支援給付費の基本報酬については、算定区分及び利用定員に応じた報酬単価を算定することとします。

※ 当事業所は、1単位が10.00円のその他地域区分となります。

※ 指定児童発達支援を提供した場合の利用料の額は、厚生労働大臣が定める基準によるものとし、当該指定児童発達支援が法定代理受領サービスであるときは、各市町村が保護者の家計の負担能力等をしん酌して定める額とする。ただし、基準により算定した費用の額の1割に相当する額が低い場合には、当該相当する額とします。

① 「対象となる場合に算定する加算」

○ 欠席時対応加算

利用する児童が利用を予定していた日に、急病などによりその利用を中止した場合に月に4回を限度として所定の単位を算定します。

○ 児童指導員等加配体制加算

児童への支援や保護者に対する支援方法の指導を行う専門職員を配置した場合に算定されます。社会福祉士等の児童指導員、保育士や理学療法士等が該当します。

○ 専門的支援加算

専門的な支援の強化を図るため、基準の人員に加えて専門職員を配置している場合に加算がされます。

○ 福祉専門職員配置等加算

人材の確保とサービスの質の向上を図る観点から、条件に応じて加算がされます。

○ 関係機関連携加算

子どもと家族に対する包括的な支援を進めることを目的に、情報連携を行った場合に加算がされます。

○ 個別サポート加算 I

特に支援が必要と判断された児童に対して支援を行った場合に加算がされます。

○ 強度行動障害児支援加算

強度行動障害支援者養成研修を終了した職員を配置し、強度行動障害を有する児童に対して支援を行った場合に加算がされます。

○ 送迎加算

必要に応じて、居宅等との送迎を行った場合、片道につき所定単位数が加算されます。

○ 家族支援加算

家族に対して個別に相談援助等を行った場合に加算がされます。

○ 子育てサポート加算

家族が支援場面等を通じて、子どもの特性や関わり方を学ぶことができる機会を提供した場合に、月4回を限度に加算がされます。

○ 視覚・聴覚・言語機能障害児支援加算

視覚または聴覚もしくは言語機能に重度の障がいのある子どもに対して、意思疎通に関して専門性を有する人材を配置して支援を行う場合に、加算がされます。

○ 福祉・介護職員等处遇改善加算

所定単位数（基本単位＋各加算単位）にサービス別加算率を乗じた単位数を算定します。

② 昼食代 ・その他費用

昼食に係る調理及び食材料に係る費用	400 円
-------------------	-------

③ その他の費用

料金の種類	金 額
おやつ代	100 円 / 日
創作活動材料費・日用品等に係る費用	実費
昼食に係るキャンセル費用 ※利用当日 9:00 までに欠席の連絡がなかった場合	食費実費分

令和 年 月 日

指定児童発達支援『デイジーくらぶ』の提供および利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者

事業者住所 山口県周南市城ヶ丘 3 丁目 6 番 1 号

事業者名 社会福祉法人 光仁会

代表者名 理事長 市川 喜久子

事業所住所 山口県光市光井 9 丁目 8 番 30 号

事業所名 デイジーくらぶ

説明者職名

氏名

私は、本書面に基づいて事業者からして指定児童発達支援『デイジーくらぶ』の提供および利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

児 童 氏 名 _____

保 護 者 住 所 _____

氏 名 _____

続 柄 _____