

「児童発達支援」重要事項説明書

本重要事項説明書は、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条に基づき、当施設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説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して児童福祉法に基づく児童発達支援を提供します。当サービスの利用は、原則として児童発達支援給付決定を受けた方が対象となります。

◇目次◇

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 事業実施地域	2
4. 営業時間	3
5. 職員の体制	3
6. 当事業所の施設設備の概要	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
8. サービスの利用に関する留意事項	5
9. サービス実施の記録について	5
10. 損害賠償保険への加入	6
11. 苦情の受付について	6
12. 非常災害対策	7
13. 業務継続計画	7
14. 感染症の予防及びまん延防止	7
15. 虐待の防止・相談	7
16. 身体拘束の禁止	7
17. 第三者評価について	8
18. 緊急時の対応	8

社会福祉法人 島原市社会福祉協議会
島原市通園施設 あいあい
当事業所は長崎県の指定を受けています。

1. 事業者

名称	社会福祉法人 島原市社会福祉協議会
所在地	長崎県島原市霊南一丁目17番地
電話番号	0957-63-3855
代表者氏名	会長 松尾 豪彦
設立年月	平成17年12月28日

2. 事業所の概要

事業所の種類	児童発達支援
事業の目的	利用者の立場に立った適切かつ円滑な児童発達支援を提供することを目的とする
事業所の名称	島原市通園施設 あいあい
事業所の所在地	長崎県島原市下川尻町7895番地 長崎県島原病院内（別館地下1階）
電話番号	0957-63-5144
管理者氏名	（管理者）吉田千代
事業所の運営方針について	<p>1. 事業所は、利用児の自立の促進、生活の質の向上等を図ることができるよう、利用児又はその介護を行う者の心身その他の状況及びその置かれている環境に応じて、創作的活動、機能訓練、介護方法の指導、社会適応訓練、更生相談、レクリエーション等を適切に行うものとする。</p> <p>2. 事業の実施に当たっては、関係市、地域の保健・医療・福祉サービス機関と綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。</p>
開設年月	平成17年12月

3. 事業実施地域

島原市、雲仙市、南島原市

4. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日(ただし、祝日、12月29日～1月3日を除く)
営業時間	8:45～17:30
サービス提供時間帯	9:00～17:30 利用定員10名

5. 職員の体制

＜本事業所の職員体制＞※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	常勤		非常勤		職務の内容
	専任	兼務	専任	兼務	
管理者		1			従業者の管理、サービス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
児童発達支援管理責任者		1			利用者に応じたサービス計画を作成し、家族等にその内容の説明を行う。サービス実施状況を把握し、必要に応じて計画の見直しを行う。利用者が他の障害福祉サービス事業者のサービスを利用している場合、その利用状況を把握し、その事業者との連携に努める
児童指導員	1				サービス計画に基づき利用者に対し適切に指導を行う
保育士	2		1	1	サービス計画に基づき児童発達支援の提供に当たる
指導員					サービス計画に基づき児童発達支援の提供に当たる

6. 当事業所の施設設備の概要

当事業所の施設設備の概要は以下のとおりです。

相談室	机7、イス10、パーテーション2、パソコン5、複合機1、プリンター1、キャビネット4、TV1、予定表1など
発達支援室	トランポリン1、滑り台1、訓練用マット1、三角マット2、フープセット1 モンキースイング1、SI用ロープ5、バランスストーンセット、ビート板5 収納棚1、机1、椅子2 机2、イス6、ホワイトボード1、パーテーション3、CDラジカセ1、収納棚2 SI用ロープ5、ピアノ1、ブランコ1、微細運動課題など

非常災害設備	スプリンクラー、消火器、誘導灯、火災報知機
--------	-----------------------

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「サービス計画」とサービス内容（契約書第3条・第4条参照）

当事業所では、下記のサービス内容から「サービス計画」を定めて、サービスを提供します。「サービス計画」は、市が決定した「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）と利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「サービス計画」は、利用者や家族に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

<サービスの区分及びサービス内容>

<p>① 創作的活動 季節に応じた装飾、おもちゃ作りなど</p> <p>② 社会適応訓練 ADLの確立</p> <p>③ 機能訓練 マッサージ、姿勢の変換、手先の操作、感触経験など</p> <p>④ 保護者会 おはなし会、講演会など</p> <p>⑤ 必要な介助 衣服、靴の着脱の補助、排せつ・手洗い時の介助など</p> <p>⑥ 医療・福祉・生活等のご相談及び介護方法の指導 福祉制度の紹介及び手続き指導 各関係機関への連絡、紹介など</p>
--

(2) 利用者負担額（契約書第5条参照）

上記サービスの利用に対しては、通常9割が介護給付費の給付対象となります。事業者が障害児通所給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の1割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。6項に記載する個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

<利用者負担額の上限等について>

- 障害児通所給付費対象のサービス利用者負担額は上限が定められています。
- 利用者のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。
- 事業者が障害児通所給付費額の代理受領を行わない場合は、障害児通所給付費基準額の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市に申請すると障害児通所給付費が支給されます。）

<サービス利用料金（1日あたり）>

下記の料金表によって、サービス利用料金から障害児通所給付費の給付額を除いた金額（利用者負担）をお支払いいただきます。（減免等の負担軽減措置については、障害福祉サービス受給者証をご参照くだ

さい。なお、詳しい内容については各市福祉事務所へお尋ねください。)

1. サービス利用料金	10,980円
2. うち、障害児通所給付費が給付される金額	9,882円
3. サービス利用にかかる利用者負担額(1-2)	1,098円

(3) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法(契約書第5条参照)

前記(2)の料金は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月30日までに事業所事務室で現金、又は口座振替にてお支払いください。

(4) 利用の中止、欠席、変更、追加(契約書第6条参照)

①利用予定日の前に、利用者の都合により、サービス計画で定めたサービスの利用を中止、又は変更することができます。サービスの実施日の前々日以降(休業日は含みません)までに事業所に申し出てください。この場合取消料はかかりません。

②利用予定日、前日、前々日に急病等で欠席の申し出があった場合は下記の料金をお支払いいただきます。この場合、欠席理由、相談受付、次回利用確認等行います。

①利用予定日の前々日以降に申し出があった場合	無料
②利用予定日、前日、前々日に申し出があった場合	利用者負担相当額

③市が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

④サービス利用の変更・追加は、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の提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するなど必要な調整をいたします。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス内容の変更

サービス利用当日に、ご利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施が出来ない場合には、保護者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。

(2) 受給者証の確認(契約書第3条参照)

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに本事業所従業員にお知らせください。また、本事業所従業員より「受給者証」の確認をさせていただきます場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

9. サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録します。なお、サービス計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第8条参照)

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じ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、利用者の負担となります。）

10. 損害賠償保険への加入（契約書第9条参照）

本事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名 あいおい損害保険株式会社

保 険 名 社会福祉施設総合保険

補償の概要 対人賠償 1名5,000万円／1事故5億円

対物賠償 1事故500万円

11. 苦情等の受付について（契約書第14条参照）

（1）当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口（担当者） [管理者] 吉田千代

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 8：45～17：30

<苦情解決責任者 島原市社会福祉協議会事務局長 吉田信人 >

（2）第三者委員

本事業者では、地域にお住まいの以下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のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

<第三者委員>

氏名	住所	電話
園田洋一郎	島原市秩父が浦町3542-5	64-3678
江川照男	島原市浦田二丁目644-7	63-4439

（3）行政機関その他苦情受付機関

島原市福祉事務所 福祉課障害福祉班	島原市上の町537番地（市役所内） 電話62-8025 FAX62-2923
雲仙市福祉事務所 福祉課高齢障害班	雲仙市千々石町戊582番地 電話0957-36-2500
南島原市福祉事務所 福祉課障害福祉班	南島原市南有馬町乙1023番地 電話73-6651 受付時間 8：30～17：15

長崎県社会福祉協議会 (長崎県運営適正化委員会)	長崎市茂里町3番24号 長崎県総合福祉センター4F 電話095-842-6410 FAX095-842-6740 受付時間 9:00~17:00
-----------------------------	--

12. 非常災害対策

事業者は非常災害その他緊急の事態に備え、業務計画を作成し関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に職員へ周知すると共に必要な訓練を行います。

13. 業務継続計画

感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する児童発達支援の提供を継続的に実施するため及び早期の業務再開を測るための業務継続計画を策定し必要な策を講じます。職員に対し当該計画について周知すると共に、研修及び訓練を定期的実施します。

14. 感染症の予防及びまん延防止

感染症の発生とまん延を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 感染症の予防及びまん延防止のための対策委員会を定期的開催すると共に、その結果について職員に周知徹底を図り研修を実施します。

感染症予防及びまん延防止責任者 吉田千代

15. 虐待の防止（契約書第15条参照）

利用者の人権の擁護、虐待発生又はその発生を防止するため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待の防止のための対策を検討する委員会を定期的開催するとともに、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 虐待防止の指針を整備します。
- (3) 職員に対し研修を定期的実施します。
- (4) 適切な措置を実施するための担当者を置きます。

虐待防止に関する相談	虐待防止責任者	吉田千代
	相談時間	8:45~17:30
	電話番号	0957-63-5144

16. 身体拘束等の禁止、

- (1) 事業者はサービスの提供に当たっては、利用者又は他の利用者の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。
- (2) 事業者はやむを得ず身体拘束等を行う場合にはその態様及び時間、その際の利用者の心身の状態並びに緊急やむを得ない理由、その他必要な事項を記録します。
- (3) 事業者は身体拘束等の適正化を図るため、次にあげる措置を講じます。

1. 身体拘束等と適正化のための対策を検討する委員会を定期的開催すると共に、その結果について職員に周知徹底を図ります。

2. 身体拘束の適正化のための指針を整備します。
3. 職員に対し、身体拘束等の適正化のための研修会を定期的を実施します。

17. 第三者評価実施状況について

現在、第三者評価は実施していません。

18. 緊急時の対応

サービス提供中に病状の急変、その他緊急事態が生じた場合は、速やかに協力医療機関へ連絡し医師の判断に基づき、必要であればかかりつけ医療機関へ連絡します。

かかりつけ 医療機関	医療機関名： 診療科： 主治医名： 電話番号：
緊急連絡先	氏名： 続柄 電話番号：
協力医療機関	医療機関名：長崎県島原病院 電話番号：0957-63-1145

令和 年 月 日

児童発達支援の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者名 吉田千代

説明者名 吉田千代 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、児童発達支援の提供開始に同意しました。

保護者 住所

氏名 印

(利用者) 氏名