

障害児通所支援事業 児童発達支援室「麒麟児」重要事項説明書

当事業所では、障害児通所支援事業所として指定児童発達支援事業を提供します。当サービスの利用は、原則として障害児通所給付費の通所給付の決定を受けた方が対象となります。

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説明するものです。

◇◆目次◆◇

1. サービスを提供する事業者	6
2. 利用事業所	6
3. サービスに係る設備等の概要	7
4. 従業員の配置状況	7
5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減	8
6. ご利用者が入院等された場合の対応について	11
7. 当施設ご利用の際に留意いただく事項	11
8. 非常時の対応	11
9. ご利用者の記録や情報の管理、開示について	12
10. 人権擁護及び虐待防止のための措置	12
11. 苦情の受付について	13
12. 虐待(権利侵害)相談受付について	13
13. サービス利用説明書	14

社会福祉法人 泰平会
児童発達支援室 「麒麟児」
(事業所番号：0250261674)

1. サービスを提供する事業者

名 称	医療法人 泰平会
所在地	青森県弘前市大字城東中央4丁目2の8
電話番号	0172-27-2233
代表者氏名	理事長 荒井 宏治
法人の設立年月	平成27年9月1日
e-mail	taiheikai@arai-clinic.com
URL	https://arai-clinic.com

2. 利用事業所

事業所の種類	児童発達支援
事業所の名称	児童発達支援室「麒麟児」
事業の目的	ご利用者の立場に立った適切な 指定児童発達支援サービスの提供
主たる対象とする障害の種類	医療的ケアを要する障害児
事業所の所在地と連絡先	〒036-8093 青森県弘前市大字城東中央4丁目2の8 TEL：0172-27-2235 FAX：0172-27-0055
管理者	荒井 宏治
児童発達支援管理責任者	伊藤 美恵
事業所の運営方針	医療的ケアが必要、あるいは身体および精神の発達に遅れのある乳幼児が、日常生活における基本的動作の習得及、集団生活に適応する事を目標に、心身や発達の状況に応じて立案した支援計画に基づいて、適切かつ効果的な個別、集団療育を行う。
事業所の開設年月	令和4年10月1日
定 員	10名
通常の事業の実施地域	弘前市、弘前市周辺の市長村の全域

3. サービスに係る設備等の概要

(1) 施設設備の概要

施設設備の種類	室 数
洗面所	1ヶ所
便 所	1ヶ所
指導訓練室	多目的室を利用する 1ヶ所
事務室・相談室	1ヶ所
個別支援室・学習室	多目的室を利用する 1ヶ所
静養室	1ヶ所
消火その他災害対応	自動火災通報装置・消火器・非常警報装置・誘導灯

※当事業所では上記の施設・設備をご利用いただくことができます。これらは、厚生労働省が定める基準により、指定児童発達支援のサービス提供に設置が義務づけられている施設・設備です。これらの利用については、利用者に特別にご負担いただく費用はありません。

(2) 施設・設備ご利用上の注意事項

当業所内の設備、器具は本来の用途、使用方法に従ってご利用ください。用途や使用方法に反したご利用により破損、故障等が生じた場合、賠償していただきます。

4. 従業員の配置状況

従業員の配置については、厚生労働省の定める指定基準を遵守しています。

当事業所では、ご利用者に対して指定児童発達支援・放課後等デイサービスを提供する者として、下記の職種の従業員を配置しています。

＜主な従業員の配置状況＞

職 種	常 勤	非常勤	指定基準	勤務体制
1. 管理者	1 名		1 名	原則
2. 児童発達支援管理責任者	1 名		1 名	9:00～18:00

【指定児童発達支援・放課後等デイサービス】

職 種	常 勤	非常勤	指定基準	勤務体制
1. 保育士	6 名	1 名	2 名	原則
2. 指導員				9:00～18:00

＜主な職務内容＞

職務名	内 容
1. 個別療育支援	ご利用者の発達状況に合わせた教材を用い、個別の発達を促す支援
2. 集団療育支援	ご利用者の発達状況に合わせ、小集団での活動の場からスモールステップにて、対人関係の習得を促す支援

3. 日常生活支援	あいさつ、清潔、排泄等の日常生活スキルの支援
4. 送迎	現在、実施しておりません。

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金、負担軽減

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

- ①障害児通所給付費から給付されるサービス
 ②利用料金の全額を利用者に負担いただくサービス〔①以外のサービス〕

(1) 当事業所が提供するサービス

当事業所では、下記のサービス内容から「通所支援計画」を定めて、サービスを提供します。この「通所支援計画」は、ご利用者の発達を支援し、さまざまな課題の解決を目的として当事業所の児童発達支援管理責任者が作成し、サービス担当者会議で確認された後、ご利用者の同意をいただくものです。

なお、「通所支援計画」の写しは、ご利用者に交付いたします。

●障がい児通所支援事業所きららにおけるサービス提供の内容

i 日常生活における基本動作の訓練

適切な技術をもって、ご利用者の心身の状況に応じて発達支援、日常生活の充実のための支援等を提供します

- ・・・排泄の自立に必要な援助を行います
- ・・・着替え、整容等その他日常生活上必要な支援を適切に行います。

ii 個別指導

身体状況や発達に応じて個別の児童発達支援・放課後等デイサービス計画を作成し、それに基づいた療育を実施します。

iii 集団指導

小集団の利点を生かし、レクリエーション活動や日々の集団活動を通じて社会性及び協調性が身につくよう支援します。

iv 健康管理

①常にご利用者の健康状況に注意し、緊急時を含め、医療が必要となる場合は、医療機関もしくは、救急医療機関に通院支援します。また、ご利用者からの申し出があった場合、医療機関の指定に沿った服薬の管理及び介助をします。

＊ご利用者が、専門医師等の診断・治療を要することになった場合には、下記の協力医療機関において受診・治療を受けることができます。（診察費ならびに送迎に係る費用を、一部ご負担いただく場合がございます。）

＊ご利用者の病状急変等の緊急時は、速やかに医療機関及びご家族への連絡等を行います。

②歯と口腔の健康づくりに係る基準

施設は、摂食機能の発達支援など障がい児の歯及び口腔の健康づくりに努めます。

○指定協力医療機関

	医療機関名	電話番号	診療科
囑託医	あらいこどもクリニック	0172-27-2233	小児科、眼科
協力医療機関 1	弘前総合医療センター	0172-32-4311	全科
協力医療機関 2	弘前大学医学部付属病院	0172-33-5111	小児科
協力医療機関 3	国立青森病院	0172-62-4055	全科
協力医療機関 4	青森県立中央病院	017-726-8111	成育科

v 相談及び援助

当事業所では、常にご利用者の心身の状況や、生活環境等の的確な把握に努めます。また、ご利用者や保護者に対し、適切な相談対応、助言、援助等を行い、常に連携をはかります。

(2) 通所利用者負担額

(1) のサービスについては、サービス利用料金全体のうち **9 割** が障害児通所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の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、ご利用者は、ご利用者負担分として、サービス利用料金全体の **1 割** の額を事業者にお支払いいただきます（定率負担）。

なお、障害児通所給付費が給付されるサービスの場合でも、代理受領を行わない場合（償還払いの場合も含む）については、一旦全額を事業者にお支払い頂きます。

※償還払いとは、一旦、利用者がサービス利用料金全額を事業者に支払い、後に、支払額のうち 9 割が市町村から返還されるものです

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（全体額の 9 割）を除いた金額（全体額の 1 割＝通所利用者負担額）を、ご利用者にお支払いいただきます。（別途、個別減免等の負担軽減措置がございます。）

【麒麟児が行なう児童発達支援サービスに係る利用料金】

1. 利用されるサービスと料金	円
(内訳)①サービス利用料	円
②専門的な支援に係る利用料(加算分)	円
2. 1 のうち、障害児通所給付費が給付される金額	円
3. 1 のうちサービス利用に係る自己負担額（定率負担）	円

* サービス利用料金のご負担いただく金額については、市町村が発行する通所受給者証に記載された金額の範囲内の額といたします。

* 報酬単価(加算分)については、別添資料にて説明いたします。

[営業日および営業時間（サービス提供時間）について]

● 未就学児（月～金） 8：45～17：15（9：00～17：00）

[サービス利用の延長について]

原則としてできません。予定されているサービス提供時間・・・9：00～17：00）を超えてのご利用を希望される場合は、事前にお知らせください。なお、病児保育を利用することもできます。（空きの確認が必要です。別途料金1000円）

<利用者負担の減免について>

[利用者負担に関する月額上限]

1ヶ月あたりのサービス利用に係る「定率負担」は、所得(世帯の収入状況)に応じて月額負担上限額が設定されておりますが、軽減等の負担軽減措置があります。

(3) (1) 以外のサービス

下記①のサービスについては、障害児通所給付費の給付対象とならないため、サービスの提供をご希望される場合には、下記の記載に従いサービスを提供し、所定の料金をお支払い頂きます。

なお、この所定料金は、経済状況の著しい変化その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容ならびに変更する事由について、変更を行う2ヵ月前までにご説明します。

① 特別なサービスの提供とこれに伴う費用

種 類	内 容	金 額
昼 食	希望により昼食を提供します。	実費
調理実習等に要する材料代	活動する上で使用する材料費(クッキング等)	実費
おやつ	活動内容によりおやつの提供をします。	実費
その他、ご利用者からの依頼に基づき提供するオプションサービスに要する費用実費	行事等に関する費用	実費
複写物の交付	・領収書の発行はできません。	50円／1枚
各種証明書の発行	・在園証明書等 ・領収書が必要な方には発行いたします。	1000円／1部

(4) 利用料金・費用のお支払い方法

前記(2)、(3)の料金・費用は、1ヵ月ごとに計算し、翌月10日までにご請求しますので、翌月15日までに以下の方法でお支払い下さい。

・ご利用者の指定金融機関の口座からの自動引落

(5) 実費負担額の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

6. ご利用者が入院等された場合の対応について

当事業所をご利用の期間において、医療機関への入院の必要が生じ、3ヵ月以内の退院が見込まれない場合には、契約を解除する場合があります。この場合には、当事業所を再び優先的に利用することはできません。

7. 当施設ご利用の際に留意いただく事項

(1) 喫煙 全館禁煙です。

(2) 貴重品の管理

貴重品は、ご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ご利用者につきましては貴重品を施設に持ち込まないようお願いします。

(3) 宗教活動・政治活動・営利活動

ご利用者の思想、信仰は自由ですが、他のご利用者や施設に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はできません。

(4) 設備・器具の利用

施設内の居室や設備、器具は本来の使用方法に従ってご利用ください。これに反したご利用によって破損等が生じた場合、賠償していただくことがあります。

(5) 不審者侵入防止

不審者による事故防止のため、大声を出したり、泥酔して他のご利用者に迷惑となるような行為はお断りいたします。正当な用件もなく受付の要請にも答えず強引に施設内に進入した場合、その他危害が及ぶような場合、不審者の身柄拘束は警察に委ねます。

(6) その他

他のご利用者および職員に対する暴力行為や迷惑行為、他のご利用者の生活上の安全性を脅かす行為を行わないで下さい。

8. 非常時の対応

< 事故発生時の対応 >

サービスの提供により事故が発生した場合は、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、サービス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。

< 非常時の対応 >

非常災害に備え、消防、風水害、地震等に対処する計画を作成し、防災管理者を置き、定期的に避難、防災、消防等必要な訓練を実施します。また緊急時は預かり児の状況あるいは災害の規模によっては、協力医療機関（弘前大学附属病院、弘前総合医療センター、国立青森病院、青森県立中央病院）との連絡や連携を保護者の事前許可なくさせていただくことがあります。

< 防災組織 >

- ・ 防災設備：自動火災通報装置・誘導灯・非常警報装置・消火器

< 災害時被災状況の公表及び安否確認 >

事業所は、被災状況について公的機関等を通じて公表するものと致します。利用者個人の安否については保証人または法定代理人等から直接事業所へお問い合わせください。

9. ご利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、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。）

＊当事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) サービスに係る必要な事項の提供の記録
- (2) 児童発達支援計画
- (3) ご利用者の障がいの状態ならびに給付等の受給状況について、条例で義務付けられた市町村への通知に係る記録
- (4) やむを得ず身体拘束等を行った場合の状況や緊急やむを得ない理由などの記録
- (5) ご利用者又は、保護者、その他の当該利用者の家族からの苦情の内容等の記録
- (6) 事故の状況及び事故に際してとった処置についての記録

◆ 保存期間は、サービス提供完了日から5年間です。

◆ 閲覧・複写ができる窓口業務時間は、月～金曜日の午前10：00～午後5：00です。

10. 人権擁護及び虐待防止のための措置

(1) 人権擁護および虐待防止

ご利用者の支援や援助、介助にあたる職員は、ご利用者に対し身体的または精神的虐待を行わないだけでなく、積極的に人権を擁護します。

(2) 身体拘束

当事業所は、ご利用者の身体拘束を行いません。万一後利用者または他のご利用者、職員等の生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合には、ご利用者の状況の説明と同意を受けた後、その条件と期間において身体拘束等を行なうことができるものとします。なお、緊急やむを得ないことがあると予想される場合、あらかじめ「利用者の身体拘束に伴う申請書」に同意を受けることとします。

(3) 個人情報保護

当事業所および職員は、ご利用者に対するサービスの提供にあたり、知り得たご利用者に関する各種情報を外部に洩らしません。また他の事業者等に対して情報を提供する場合には、あらかじめ文書によりご利用者またはその家族の同意を得ます。事業所は、その従業員が退職後、在職中に知りえたご利用者に関する情報を洩らすことのないよう、必要な措置を講じます。

1 1. 苦情の受付について

(1) 当事業所における相談（苦情・要望等）の受付

当事業所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。

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 10:00～16:00

○苦情解決責任者

[氏名] 荒井 宏治 [職名] 管理者

○苦情受付窓口(担当者)

[氏名] 伊藤 美恵 [職名] 児童発達支援管理責任者

○第三者委員

[氏名] 野呂 芳希 [所属] 城東コンタクト社長

[氏名] [所属]

◆相談受付ボックスを下駄箱上に設置していますのでご利用ください。

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

弘前市社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地: 〒036-8063 弘前市大字宮園2丁目8-1 電話番号: 0172-33-1161 受付日・時間: 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
--------------------------	---

1 2. 虐待（権利侵害）相談受付について

(1) 当事業所における虐待の受付

当法人虐待防止対応規程、虐待防止委員会運用指針により、当事業所では虐待通報に適切に対応する体制を整えています。また、当事業所における虐待防止責任者及び虐待防止マネージャー・虐待受付担当者を設置し、虐待防止に努めます。

○虐待防止責任者 [氏 名] 荒井宏治 [職名] 管理者

○虐待防止マネージャー [氏 名] 伊藤美恵 [職名] 児童発達支援管理責任者

○虐待防止第三者委員

[氏 名] 野呂芳希 [所 属] 城東コンタクト社長

[氏 名] [所 属]

◆なんでも相談受付ボックスで受け付けをしておりますので、ご利用ください。

(2) 行政機関その他の虐待相談受付機関

青森県社会福祉協議会 協障害者権利擁護センター	所在地: 〒030-0822 青森市中央3丁目20番30号 (県民福祉プラザ内) 電話番号: 017-723-1206 受付時間: 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00
弘前市障害者虐待防止センター	所在地: 〒036-8511 弘前市上白金町1-1 弘前市役所障害福祉課 電話番号: 0172-40-7036 受付時間: 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00

13. サービス利用説明書

作成日： 年 月 日

本サービス利用説明書は、契約書第4条ならびに第5条第1項に基づき、ご利用者に対して実施する具体的なサービス内容およびお支払いいただく料金等について定めたものです。

<利用者>

☐利用者氏名： 様／ 年 月 日生(歳)
☐利用者住所： 電話
☐緊急連絡先： 様(利用者との続柄) 住所 電話

<サービス提供施設>

☐事業所名：児童発達支援室「麒麟児」
(事業種類／児童発達支援)
☐事業所所在地：青森県弘前市大字城東中央4丁目2の9
電話：0172-27-2235 Fax:0172-27-0055
☐責任者(管理者)名：荒井 宏治
☐児童発達支援管理責任者名：伊藤 美恵

<サービス実施内容>

☐利用者及び家族の支援に対する意向

☐支援の基本方針(総合的、長期的方針)

※具体的サービス内容は「個別支援計画」において定めます。

「個別支援計画」は利用時に聞き取りを行い他のサービス提供機関と連携を図り作成します。

重要事項の説明確認

年 月 日

指定児童発達支援・放課後等デイサービスの提供及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。

事業所名 児等発達支援室「麒麟児」

説明者職名： 職

氏名

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、指定障がい児通所支援事業所 児童発達支援室「麒麟児」が実施する指定児童発達支援の提供及び利用の開始に同意しました。

利用者（保護者）

住所： _____

氏名： _____ 印

続柄：

利用者（児童）

住所： _____

※保護者と同じ場合は「同上」とご記入ください。

氏名： _____