

重要事項説明書

株式会社ともに

多機能型児童療育支援事業所ともに

株式会社ともに 重要事項説明書

この重要事項説明書は、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。

1 事業所経営法人の概要

名称：株式会社ともに

法人種別：株式会社

法人所在地：高知市一宮中町3丁目27-3

電話番号：088-881-1738

代表者氏名：代表取締役 山本 マミ

2 事業所の概要

名称：多機能型児童療育支援事業所ともに

施設種別：児童発達支援 多機能型（3950100481）

指定年月日：平成30年4月1日

利用定員：10名（放課後等デイサービスと保育所等訪問支援との多機能事業）

管理者氏名：施設長 楠瀬 美紀

建物・構造：木造 平屋建て

建物延床面積 130.83㎡（39.57坪）

FAX：088-881-1739

事業所番号：児童発達支援事業 多機能型（3950100481）

目的：株式会社ともにが開設する児童発達支援事業所が行う、児童発達支援事業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、指定児童発達支援事業の円滑な運営規程を図るとともに、障害児及び障害児の意思及び人格を尊重し、障害児及び障害児の保護者の立場に立った適切な指定児童発達支援の提供を確保することを目的とします。

運営方針：①事業者は障害児が生活能力の向上のために必要な訓練を行い、社会との交流を図ることができるよう、当該障害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する。

②事業の実施に当たっては、障害児の保護者の必要な時に必要な指定児童発達支援の提供が出来るものとする。

③指定児童発達支援の実施にあたっては、地域との結びつきを重視し、通所給付決定保護者の所在する市町村、その他の指定通所支援事業者、指定障害福祉サービス事業者、その他福祉サービス又は保健医療サービスを提

供する者との密接な連携に努めるものとする。

④前3項の他、児童福祉法（昭和22年法律第164号）他関係法令を厳守し、事業を実施するものとする。

併設事業：特定相談支援事業所・障害児相談支援事業所・放課後等デイサービス事業所・保育所等訪問支援事業所

3 事業所の設備等の概要

種類	設備
事務室	事務机、パソコン、プリンター、電話、ロッカー、事務棚、冷暖房、空気清浄機
相談室	ソファー、机、冷暖房、空気清浄機
静養室	布団、防災用具、事務机、ソファー、机、冷暖房、空気清浄機
トイレ	
浴室・脱衣室	洗濯機・コアクリーン
給湯室	I H調理器、冷蔵庫、空気清浄機
学習室	学習机、学習椅子、空気清浄機
遊戯室	冷暖房、冷蔵庫、机、TV、ブルーレイレコーダー、遊戯品、空気清浄機

4 従業員

管理者：1名（常勤）・・・兼務

児童発達支援管理責任者：1名（常勤）・・・専従

児童指導員：4名（常勤、非常勤）・・・専従、兼務

保育士：4名（常勤、非常勤）・・・専従

5 通常の事業の実施地域

高知市

6 営業日及び営業時間

営業日：日曜日から土曜日までの毎日とする。

営業時間：9：00～17：00までとする。（送迎時間除く）

ただし、12月31日～1月3日、8月9日～8月13日、及び行事や研修等で事業の実施が困難な場合除く。

7 サービス提供時間

平日：午前9：30～12：00、午後13：30～16：30までとする。

（送迎時間除く）

休日：午前9：30～12：00、午後13：30～16：30

（送迎時間除く）

ただし、前項のただし書き時は除く。

8 個別支援計画とサービスの内容

個別支援計画

・事業者は、利用者の受給者証に記載された児童発達支援の支給量を踏まえ、利用者の課題と意向を把握し、ケア会議を開いて利用者の個別支援計画を作成します。この計画は、事業者が利用者に説明して同意を得たうえで作成することとし、利用者はいつでも個別支援計画についての説明を求め、意見を述べることや変更を求めることができます。

・事業者は、前項の個別支援計画に基づき契約支給量を定め、利用者の受給者証に記載します。

・利用者は、受給者証記載事項に変更があった場合には、速やかに事業者に変更内容を知らせるとともに、事業者の求めに応じて受給者証の内容を確認させるものとします。（児童発達支援の給付費の対象となるサービス）

サービスの内容

（児童発達支援事業の給付費の対象となるサービス）

① 様々な活動

- ・遊びを通した療育活動・運動活動・学習活動・創作活動
- ・各種体験活動

② 生活支援

- ・健康管理・食事の際のマナー等身辺面の支援・排泄支援

③ 生活相談

④ 情報提供及び相談

⑤ 送迎サービス

(児童発達支援給付費の対象外のサービス)

- ① 食事（昼食購入時は実費相当分）
- ② 各種体験活動に参加した際の実費相当分
- ③ おやつ代金
- ④ サービス提供記録等の複写に際しての実費相当分

9 利用料金及び支払方法

【サービス利用料金】

お支払いいただく料金は次のとおりです。

(1) 障害児通所給付費サービス内容の料金

障害児通所給付費によるサービスを提供した際は、事業者が児童発達支援給付費等の給付を市町村から直接受け取る（代理授与する）場合、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める基準により算出した額）のうち利用者負担分（サービス利用料金全体の1割を上限）を事業所にお支払いいただきます。

なお、利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。障害福祉サービス受給者証をご確認ください。

(2) 障害者通所給付費対象外サービスの料金

障害児通所給付等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、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理由がある場合、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、変更を行う前にご説明します。

(3) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に、個別支援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。この場合にはサービスの実施日の3営業日（営業時間内）前までに事業者に出してください。
- ② 利用予定日の3営業日前までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされたり連絡が無く欠席された場合、必要な対応を行い厚生労働大臣の定める基準により欠席加算を算定させていただきます。
- ③ 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ほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

以下については料金（実費等）を頂きます。

① 障害児通所給付費対象外料金

サービスの種類	費 用		備 考
食事代金	昼食（昼食作り活動）	実費	
	昼食（弁当注文時）	実費	
	事業所内で調理する食事サービス以外の代金	実費	事前に知らせる
行事等参加料金	交通費、入場料金等	実費	可能な限り事前に知らせる
複写代金	サービス提供記録等の複写に係る費用	¥ 1 0	1 枚あたり
各証明書の発行	1 部	¥ 1 2 0	
おやつ代	1 回	¥ 1 1 0	提供時間に通所中の方のみ提供 (希望者のみ)
創作活動費用等		実費	可能な限り事前に知らせる
故意破損弁償代		実費	各種保険加入者は保険適用範囲を超えた場合

② 支払方法

前期【サービス利用料金】（１）（２）の料金・費用は１カ月毎に計算し、ご請求します。利用者負担金は、当月末精算の翌月末払いです。

- ・ 翌月に集金として現金でお支払いをお願いします。
- ・ ご指定口座からの自動引き落としを希望される方はお申し出ください。

１０ 利用者負担に関する月額上限

世帯所得	負担上限額
生活保護・低所得	０円
一般世帯 1	４，６００円
一般世帯 2	３７，２００円

１１ 利用に際しての留意事項

面会：事業所までご連絡ください。なお、ご家族以外の方は、利用者との関係をお尋ねする場合があります。面会時には面会簿の記入をお願いいたします。

宗教活動：保護者及び利用者の信仰等は自由ですが、他の保護者及び利用者に対して政治・営利を含めた活動等を行うことはご遠慮ください。

貴重品管理：原則保護者及び利用者の責任において管理して頂きます。自己管理が困難な場合は事業所で保管いたします。

危険物等：危険物の持ち込みは禁止致します。

1.2 協力医療機関

医療機関名	科 名	所 在 地	電話番号
三愛病院	小児科	高知市一宮西町1丁目7-25	088-845-5291
福森循環器科小児科	小児科	高知市葛島2丁目3-21	088-884-3161

1.3 災害非常時の対応

非常時の対応：別途に定める防災計画により対応します。

防災管理責任者：笠井 順子

避難訓練：消防法に定められた年2回以上の訓練を実施

防災設備：ガス漏れ報知器、消火器、自動通報装置

1.4 苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口・第三者評価

苦情等申立先

事業所内の受付窓口

受付担当者：施設長 楠瀬 美紀 高知市一宮中町3丁目27-3

TEL 088-881-1738

解決責任者：代表取締役 山本 マミ

取締役 山本 康人 高知市一宮中町3丁目27-3

TEL 088-881-1738

行政等の受付期間

高知市障がい福祉課 高知市本町5丁目1番45号

TEL 088-823-9378

高知県社会福祉協議会運営適正委員会 高知市朝倉戊375番地1号

TEL 088-802-2611

第三者評価の有無・・・無

1.5 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、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講ずるとともに、管理者・保護者へ連絡を行います。

1.6 個人情報保護に関する相談の受付・記録及び情報管理について

個人情報保護管理者：施設長 楠瀬 美紀

高知市一宮中町3丁目27-3 TEL 088-881-1738

① 従業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もらしません。

- 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、あらかじめ保護者の同意を得ることとします。ただし、個別支援計画を作成した際に保護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、保護者及び利用者に関する情報を提供する場合には、あらかじめ保護者の同意を得ることとします。

令和 年 月 日

児童発達支援の利用にあたり、契約に際し保護者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所 (所在地) 高知県高知市一宮中町3丁目27-3

(名 称) 多機能型児童療育支援事業所ともに

(説明者) 所属

氏名

印

私は、契約書及び本書面により、これから利用する児童発達支援事業の重要な事項について事業所から説明を受けました。

(保護者) 住所

氏名 _____ 印 _____

兒童氏名