

## 指定放課後デイサービス事業所 アルムの家重要事項説明書

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。

### 1. 事業者名称概要

|       |                      |
|-------|----------------------|
| 名 称   | アルムの家                |
| 法人所在地 | 岐阜県土岐市土岐口中町 4 丁目 9 6 |
| 電話番号  | 0572-44-7083         |
| 代表者氏名 | 代表取締役 加藤扶美代          |
| 設立年月  | 平成 26 年 2 月 4 日      |

### 2. 事業所の概要

|                  |   |
|------------------|---|
| 事業所の種類           | 指定放課後デイサービス                               |
| 事業所の名称           | アトリくま                                     |
| 事業所の所在地          | 岐阜県土岐市泉町河合 908-7                          |
| 連絡先              | 電話：0572 - 51 - 4445（くま） 0572-44-7083（アルム） |
| 管理者氏名            | 伊藤 光子                                     |
| 児童発達支援<br>管理責任者  | 伊藤 光子                                     |
| 定 員              | 10 人（第 1 単位：10 人 第 2 単位：10 人）             |
| 指 定 年 月 日        | 平成 27 年 6 月 1 日                           |
| 事業所番号            | 2151100126                                |
| 事業所が行なっている他のサービス |   |

### 3. 事業の目的及び運営方針

|       |  |
|-------|--|
| 事業の目的 | 株式会社アルムの家（以下、「事業者」という。）が設置するアトリくま（事業所名）（以下、「事業所」という。）において実施する指定障害児通所支援の放課後等デイサービス（以下、「指定放課後等デイサービス」という。）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、指定放課後等デイサービスの円滑な運営管理を図るとともに、障害児及び障害児の保護者（児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号。以下、「法」という。）第 21 条の 5 の 5 第 1 項に規定する支給決定を受けた障害児の保護者をいう。以下、「通所給付決定保護者」という。）の意思及び人格を尊重し、障害児及び通所給付決定保護者の立場に立った適切な指定放課後等デイ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 | <p>①事業所は、障害児が生活能力の向上のために必要な訓練を行い、及び社会との交流を図ることができるよう、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。</p> <p>②指定放課後等デイサービスの提供に当たっては、地域及び家庭との結び付きを重視し、通所給付決定保護者の所在する市町村、障害者総合支援法（平成 17 年法律第 123 号）第 5 条第 1 項に規定する障害福祉サービスを行う者、児童福祉施設その他保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者（以下「障害福祉サービス事業者等」という。）との密接な連携に努めるものとする。</p> <p>③前二項のほか、法及び「岐阜県指定通所支援の事業等の人員、設備及び運営に関する基準等を定める条例」（平成 24 年岐阜県条例第 82 号）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定放課後等デイサービスを提供するものとする。</p> |
|------|---|

#### 4. 通常の事業の実施地域

多治見市、土岐市、瑞浪市（柿野、曾木、陶、釜戸、大湫、日吉地域を除く）

#### 5. 営業時間とサービス提供時間

|                           |  |
|---------------------------|--|
| 営業日<br>及び<br>営業時間         | 月曜日から土曜日とする。ただし、12月30日から1月3日までを除く。<br>午前9時30分～午後5時30分とする   |
| サービス提供日<br>及び<br>サービス提供時間 | 第1単位：月曜日から金曜日までとする。ただし、12月30日から1月3日までを除く。午後1時から午後5時30分<br>第2単位：土曜日、祝日。長期休業日。ただし、12月30日から1月3日までを除く。午前9時30分から午後5時30分 |

#### 6. 職員の体制

| 職種             | 業務内容  |
|----------------|---|
| 管 理 者          | 常勤 1 名<br>管理者は、職員の管理、放課後等デイサービスの申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されている児童発達支援の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるために必要な指揮命令を行います。            |
| 児童発達支援管理責任者    | 常勤 1 名<br>児童発達支援管理責任者は、個別支援計画を作成し、少なくとも 6 ヶ月に 1 回以上見直しを行います。サービスを利用する障害児に対する継続的なサービス管理や評価を行うとともに、障害児及び障害児の保護者並びにその家族に対し、その内容等について説明を行います。 |
| 指 導 員<br>児童指導員 | 常勤 3 名、非常勤 名<br>個別支援計画に基づき障害児及び障害児の保護者に対し適切に指導等を行います。   |
| 保 育 士          | 常勤 名<br>個別支援計画に基づき障害児及び障害児の保護者に対し適切に指導等を行います。   |

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定障害児通所支援を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

7. 設備の概要（実際に設置されている設備の種類を記載すること）

| 設備の種類 | 室数 | 備考                 |
|-------|----|--------------------|
| 指導訓練室 | 1室 | ダンス、音楽、学習、生活訓練をする。 |
| 静養室   | 4室 | 和室4畳、6畳、洋室2室、布団等   |
| 台所    | 1室 | 簡単な調理、準備           |
| トイレ   | 2室 | 洋式トイレ（ウォシュレット）     |
| 洗面台   | 1台 | シャワー付洗面台           |
| 風呂    | 1室 | 浴槽、浴室、シャワー付        |
|       |    |                    |
|       |    |                    |
|       |    |                    |
|       |    |                    |

8. サービスの内容（実際に行なうサービスの名称及び概要を記載し運営規程及び事業計画等との整合性を図ること）

- (1) 送迎（柿野、曾木、陶、釜戸、大湫、日吉地域を除く）
- (2) おやつ提供
- (3) 生活日常の訓練

※全てのサービスは「個別支援計画」に基づいて行われます。「個別支援計画」は、本事業所のサービス管理責任者が作成し説明を行い、利用者の同意をいただきます。

9. 利用料金

- (1) 障害児通所給付費によるサービスを提供した場合は、サービス利用料金（厚生労働大臣の定める額）から家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額を引いた額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の給付を市町村から直接受け取る（代理受領する）場合、利用者負担分として、家計の負担能力その他の事情をしん酌して政令で定める額を事業者にお支払いいただきます（利用者負担額といいます）。  
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。
- (2) 上記（1）の代理受領を行わない場合、事業者は通所給付決定保護者からサービス利用料金の全額を受けるものとします。
- (3) 事業者は、上記（1）及び（2）の利用者負担額の支払いを受けた場合は、通所給付決定保護者に対して当該費用に係る領収証を発行するものとし、障害児通所給付費の代理受領を受けた場合は、通所給付決定保護者に対してその金額及び内訳を通知するものとします。
- (4) 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。
  - (ア) 創作活動に係る材料費 1回につき実費
  - (イ) 送迎サービスの提供に係る費用 無料（柿野、曾木、陶、釜戸、大湫、日吉地域を除く）

上記の地域については、相談することとする。

規定する通常の事業の実施地域以外の地域

事業所から片道 10 キロメートル未満 1回（片道）につき 100 円

事業所から片道 10 キロメートル以上 1回（片道）につき 300 円

(ウ) 給食サービスの提供に係る食事代 実費

(エ) 冷暖房に係る光熱費 5日/月あたり 200円

10日/月あたり 300円

10日以上/月あたり 500円

(オ) 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利用者に負担させることが適当とみられるものの実費

※上記費用の額に係るサービスの提供に当たっては、あらかじめ、通所給付決定保護者に対し、当該サービスの内容及び費用について説明を行い、その同意を得るものとします。

※(1)から(4)までの費用の支払いを受けた場合は、当該費用に係る領収証を、当該費用を支払った通所給付決定保護者に対し交付するものとします。

(5) 利用料金は、1ヵ月ごとに計算して請求しますので、毎月末日までに以下の方法でお支払いください。

① 当事業所の窓口で現金支払い

## 10. サービス利用に当たっての留意事項

通所給付決定保護者はサービスを利用するにあたって、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。

## 11. 虐待の防止について

事業者は、障害児及び通所給付決定保護者の人権の擁護・虐待の防止等のために、下記の対策を講じます。

(1) 虐待防止に関する責任者を選定しています。

|             |             |       |
|-------------|-------------|-------|
| 虐待防止に関する責任者 | 児童発達支援管理責任者 | 伊藤 光子 |
|-------------|-------------|-------|

(2) 成年後見制度の利用を支援します。

(3) 苦情解決体制を整備しています。

(4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。

## 12. 緊急時の対応

現に児童発達支援の提供中に利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じた時は、速やかに主治医及び家族に連絡する等の措置を講ずるとともに、管理者に報告するものとします。

また、主治医への連絡等が困難な場合は、医療機関への緊急搬送等必要な措置を講ずるものとします。

(1) 障害児のかかりつけ医療機関

|       |    |      |  |
|-------|----|------|--|
| 医療機関名 | 病院 | 診療科  |  |
| 所在地   |    |      |  |
| 主治医   |    | 電話番号 |  |

(2) 緊急連絡先

|      |                      |
|------|----------------------|
| 連絡先① | 氏名：<br>所在地：<br>電話番号： |
|------|----------------------|

(3) 事業所の協力医療機関

|       |                      |      |              |
|-------|----------------------|------|--------------|
| 医療機関名 | 土岐内科クリニック病院          | 診療科  | 内科           |
| 所在地   | 岐阜県土岐市肥田浅野笠神町 2-11-1 |      |              |
| 代表者   | 長谷川嘉哉                | 電話番号 | 0572-53-0656 |

13. 非常災害時の対策

|        |   |
|--------|---|
| 非常時の対応 | 別途定める消防計画書により対応します。                     |
| 平時の訓練  | 別途定める消防計画書に従い年に2回以上、避難・防災訓練を利用者全員で行います。 |
| 防火管理者  | 伊藤光子                                    |

14. 障害児及び通所給付決定保護者の記録や情報の管理、開示

事業者は、関係法令に基づいて、障害児の記録や情報を適切に管理し、通所給付決定保護者の求めに応じてその内容を開示します。

※ 閲覧、複写ができる窓口業務時間は、平日の午後3時から午後6時です。

15. 秘密の保持

職員は、業務上知りえた障害児又はその家族の秘密を保持します。

また、事業者は、職員であった者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持すべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

16. 苦情・要望の受付について

(1) 当事業所の苦情・要望の受付窓口

|       |   |  |
|-------|---|--|
| 受付窓口  | 窓口担当者   | 児童発達管理責任者 伊藤 光子                        |
|       | 苦情解決責任者   | 児童発達管理責任者 伊藤 光子                        |
|       | 受付日   | 月曜日から土曜日。ただし、国民の祝日、12月30日から1月3日日までを除く。 |
|       | 受付時間  | 午後3時から午後6時                             |
|       | 電話番号  | 0572-51-4445                           |
|       | FAX番号   | 0572-51 - 4545                         |
| 第三者委員 | アルムの家（就労継続支援A型事業所） 管理者 加藤扶美代<br>電話番号 0572-44-7083 |  |

(2) 行政機関その他苦情受付機関

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は沖縄県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

|                 |      |                                       |
|-----------------|------|---------------------------------------|
| 土岐市役所<br>子育て支援課 | 所在地  | 〒509-5192 土岐市土岐津町土岐口 2101 番地          |
|                 | 受付日  | 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。 |
|                 | 受付時間 | 午前9時から午後5時15分                         |
|                 | 電話番号 | 0572-54-1111                          |

|                  |      |   |
|------------------|------|---|
| 多治見市役所<br>子育て支援課 | 所在地  | 〒507-8787 多治見市音羽町1丁目7番地の1<br>多治見市役所駅北庁舎   |
|                  | 受付日  | 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、12月29日<br>から1月3日までを除く。 |
|                  | 受付時間 | 午前9時から午後5時15分                             |
|                  | 電話番号 | 0572-22-1111、0572-23-8577（直通）             |
| 瑞浪市役所<br>障がい福祉課  | 所在地  | 〒509-6100 瑞浪市上平町1丁目1番地                    |
|                  | 受付日  | 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、12月29日<br>から1月3日までを除く。 |
|                  | 受付時間 | 午前9時から午後5時15分                             |
|                  | 電話番号 | 0572-68-2111                              |

#### 17. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、市町村及び障害児の家族等に連絡を行なうとともに必要な措置を講じ、事故の状況及び事故に際して取った処置について記録するものとします。

また、万一の事故に備え、下記の損害保険に加入するものとし、賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を適切かつ速やかに行うものとします。

- (1) 損害保険会社名 三井住友海上保険
- (2) 損害保険の種類 火災、自動車
- (3) 損害保険の内容
  - ① 死亡保険金
  - ② 後遺症保険金

#### 18. 個人情報使用同意

私、及びその家族の個人情報については、必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

平成 年 月 日

指定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ないました。

事業所名称：アトリくま  
管理者名：伊藤 光子  
説明者名：伊藤 光子

私は、本書面に基づいて事業者から指定放課後等デイサービスの提供及び利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所

利用者氏名

保護者氏名

印