

《 ナナホシ 蘇原事業所 》 重 要 事 項 説 明 書

本重要事項説明書は、ナナホシ 蘇原事業所（以下、「事業所」という）とサービス利用契約の締結を希望される方（通所給付決定保護者）に対して、社会福祉法第76条及び第77条に基づき、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し交付するものです。

1. 事業者の概要

事業者（法人）名	株式会社 ナナホシ	代表者氏名	代表取締役 林 貴弘
所在地 電話番号	住所 〒500-8175 岐阜県岐阜市長住町9丁目23番 TEL 058-255-1025 FAX 058-255-1026		

2. 事業所の概要

事業所名	ナナホシ 蘇原事業所	管理者氏名	森 彩夏
所在地 電話番号	住所 〒504-0832 岐阜県各務原市蘇原花園町四丁目64-5 TEL 058-322-5361 FAX 058-322-5363		
事業種別	児童発達支援 放課後等デイサービス	事業所番号	2150500235
		指定年月日	平成30年5月1日

業種別	障害児通所支援	登録市町村	各務原市
営業日	月曜日～土曜日（ただし、その他事業所が定める日を除く。）		
営業時間	月～金：10時00分～19時00分 土（学校休業日）：9時00分～18時00分		
実施地域	各務原市、岐阜市、羽島郡 の全域	利用定員	10名（1日あたり）

3. 事業所の職員体制

職 種	常勤
管 理 者	1名（兼務）
児童発達支援管理責任者	1名（兼務）
保育士	2名（専従2名）
児 童 指 導 員	2名（専従2名）

4. サービスの内容

事業所では、「個別支援計画」に基づき、利用されるお子様の発達とより快適な生活を送ることができるようサービスを提供します。具体的な内容は下記のとおりです。

(1) 児童発達支援

曜日	時間	定員
月～金	12時00分～18時00分	10名（放課後デイサービスと合わせて）

(2) 放課後等デイサービス

曜日	時間	定員
月～金	15時00分～18時00分	10名（児童発達支援と合わせて）

(3) 学校等の休業日期间

	曜日	時間	定員
児童発達支援	土	10時00分～16時00分	通じて
放課後等デイサービス	長期休暇	10時00分～16時00分	10名

※「児童発達支援・放課後等デイサービス計画（個別支援計画）」には、利用者の意向や心身の状況を踏まえた具体的なサービス内容やサービス実施日などが記載されており、通所給付決定保護者に説明し、同意をいただきます。内容について、ご不明な点などがございましたら、いつでもお気軽に事業所職員までご質問ください。

5. サービスの利用方法

(1) ご契約について

- ①障害児通所支援の支給決定を受けた方で、事業所のサービスを希望される方はお電話等にてご連絡ください。後日日時を相談の上事業所にお越しいただき、事業所のサービス提供に係わる重要事項についてご説明いたします。
- ②サービス利用が決定した場合は事業所と契約を締結し、個別支援計画を作成しサービスの提供を開始いたします。契約の有効期間は通所給付期間と同期間となります。

- ③サービスの提供にあたっては適切なサービスを提供するために、利用児童の「心身の状況」「生活環境」「生育歴」のほか、他の保健福祉医療サービスの利用状況及びご家族の状況を把握させていただく場合があります。
- ④サービスの提供にあたり必要と判断した場合、家庭訪問を実施し必要な相談・支援を行います。

(2) ご利用について

- ①ご利用いただく曜日を契約期間内にて決定いたします。
- ②ご希望される曜日において利用定員数を超える場合、待機児童としてお待ちいただく場合がございます。その場合、利用可能な曜日をご提示させていただき、ご相談の上調整させていただきます。

(3) サービスの実施について

- ①指導内容及びサービス内容について、ご要望等がございましたら事業所までご連絡ください。
- ②サービスについては個別支援計画を作成し、計画に基づいてサービスを提供いたします。
- ③利用にあたって不安や心配事項等がございましたら、ご遠慮なくお申し出ください。安心してご利用いただけるようご説明・ご相談させていただきます。
- ④大雨や吹雪等、悪天候等の止むを得ない理由により、当日のサービスを中止させていただく場合がございます。中止が決定した場合は、速やかにご連絡いたします。
- ⑤サービスの利用時間内において、利用児童の体調不良などにより時間を繰り上げてお迎えをお願いする場合がございます。予めご了承ください。
- ⑥事業所は、お子様の発達支援及びより豊かな生活を送ることができるようなサービスの提供に向けて最善の努力をいたします。サービス内容やご利用方法、その他ご質問やお困りのことなどがございましたら、お気軽に事業所職員までご相談ください。

(4) 保育士及び児童指導員について

サービスの提供にあたっては、常勤・非常勤の保育士ならびに児童指導員が担当いたします。また、事業所職員・専門指導員について、何かお気づきの点ならびにご要望等がございましたら、ご遠慮なくご相談ください。

(5) 事業所職員の禁止行為

サービスの提供にあたり、下記に該当する行為を禁止しております。

- ①医療行為
- ②利用児童及びそのご家族からの正当な利用料金以外の金品の授受
- ③ご契約者（利用児童）以外へのサービスの提供
- ④利用児童やそのご家族に対して行う、宗教活動・政治活動・不当営利行為・その他迷惑行為

6. サービス利用料金

下記の料金表のとおり、サービス利用料金から障害児通所給付費等の給付額（全額の9割＝法廷代理受領する金額）を除いた金額（全体の1割＝利用者負担額）を通所給付決定保護者にお支払いいただきます。ただし、その月の利用者負担額が受給者証に記載のある月額負担上限額を超える場合、その上限額以上の負担はありません。

《単位数一覧》

ご利用項目	利用料金	備考
A) 利用料（児童発達支援）	885単位	1日につき
A) 利用料（放課後に行う場合）	604単位	1日につき
利用料（学校休業日に行う場合）	721単位	1日につき（土日祝・春夏冬休み時）
B) 送迎加算	54単位	片道1回につき
C) 上限管理加算	150単位	月1回
D) 児童指導員等加配加算（専門職員等）	187単位	1日につき
（児童指導員等）	123単位	
（指導員）	90単位	
E) 専門的支援加算 児童発達支援（専門職員等）	187単位	1日につき
（児童指導員等）	123単位	
E) 専門的支援加算 放課後等デイサービス（専門職員等）	187単位	
F) 家庭連携加算	187単位 （1時間未満） 280単位 （1時間以上）	1回につき／月4回まで
G) 事業所内相談支援加算 I（個別）	100単位	月1回
II（グループ）	80単位	
H) 関係機関連携加算	200単位	月1回
I) 欠席時対応加算 I（2営業日前以降キャンセル時）	94単位	1回につき／月4回まで
J) 欠席時対応加算 II （急病等によりサービス提供時間が30分以内となった場合）	94単位	
K) 保育・教育等移行支援加算	500単位	1回を限度
L) 個別サポート加算 I	100単位	1日につき
II	125単位	

《処遇改善加算・地域加算》

処遇改善加算	児童発達支援	所定単位数の	7.6%
	放課後等デイサービス	所定単位数の	8.1%
特定処遇改善加算	放課後等デイサービス	所定単位数の	0.7%
地域加算	地域区分	7級地	10.18円

○自己負担例(放課後等デイサービスを平日に8回利用した場合/往復送迎あり・自己負担上限 4,600円)

●所定単位数 : (A604単位+B108単位+D187単位) = 899単位

総費用額 : 899単位×10.18円×8回=73,215円(1回あたり915円)

自己負担額 : 73,215円×10%=7,322円→ 4,600円(上限)

《児童発達支援・放課後等デイサービス共通項目》

- (1) 月額負担上限額が設定されている方は、それ以上の自己負担の必要はありません。
- (2) 欠席時対応加算は、利用予定日の2営業日以内にご連絡をいただいた場合は加算されます。
- (3) 複数の事業所を利用されている方で、上限管理を申請されていない方は、その旨をお知らせください。
- (4) サービス提供に係る下記の費用は、障害児通所給付費の対象外となりますので、実費をいただきます。(イベント代) おやつ代 50円×日 (月額)

7. 利用料及びその他費用のお支払い方法と代理受領

- (1) 利用料及びその他費用は利用月ごとに計算し、月末締めにてご請求書をお渡しいたします。翌々月12日(休日の場合は翌日)にご指定の銀行より振替致します。なお、銀行口座振替手数料110円は利用者様のご負担となります。ご了承ください。
- (2) 利用児童が障害児通所給付対象サービスを受けた場合、自己負担金以外の費用を事業所が利用者の方に代わり「代理受領」させていただきます。代理受領完了後、代理受領した金額等を書面にてお渡しいたします。

8. サービス利用に関する留意事項

- (1) 通所受給者証の確認について

「住所」及び「支給量」「指定通所支援の種類」「有効期間」など「通所受給者証」の記載内容に変更があった場合はできるだけ速やかに事業所職員にお知らせください。また、事業所職員より「通所受給者証」の確認をお願いした場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。
- (2) モニタリングについて

個別支援計画書を年2回(6ヶ月に1回)モニタリングし、計画の見直し、面談を行います。相談については、随時承ります。
- (3) 施設、設備、敷地等はその本来の用途に従ってご利用ください。

- (4) 故意に、または注意を払えば避けられたにも関わらず、施設、設備等を壊したり汚したりした場合には、自己負担により現状に復していただくか、それ相当の代価をお支払いいただく場合がございます。
- (5) 事業所の職員や他の利用者、又はその家族に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行うことはできません。

9. 契約の終了

- (1) 利用児童及び通所給付決定保護者の方が、事業所に対し契約終了月前月の10日までに、所定用紙に必要事項を記入のうえ提出された場合、この契約を解除することができます。
(利用児童の急な入院など、止むを得ない事由がある場合を除く)
- (2) 事業所が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用児童及びその保護者に対し、社会通念上逸脱行為を行った場合、利用者及びその通所給付決定保護者の方が所定用意に必要事項を記入のうえ提出された場合、直にこの契約を解除することができます。
- (3) 利用事項及び通所給付決定保護者の方が、利用料金の支払いを理由なく2ヶ月以上遅滞し、利用料金をお支払いいただくよう催告したにも関わらずお支払いいただけない場合、事業所はこの契約を解除させていただいたうえで、未払い分をお支払いいただきます。
- (4) 利用児童及びその保護者の方が、他の利用者及びその家族に対して、迷惑を及ぼすような宗教活動、政治活動、営利活動を行った場合、事業所はこの契約を直に解除させていただきます。
- (5) 事業所を閉鎖又は縮小する場合等止むを得ない理由がある場合、事業所は契約解除に係る文書を30日前までに文書で通知のうえ、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。
- (6) 無連絡でのキャンセルが3回以上続いた場合、事業所はこの契約を解除する場合がございます。

10. 契約の自動終了

下記の事由に該当する場合、連絡の有無に関係なく事業所はこの契約を終了いたします。

- (1) 利用児童が施設に入所した場合
- (2) 障害児通所給付費の支給決定が取り消された場合、又は、支給決定期間に伴い支給申請を行った結果、不支給となった場合（所定の期間の経過をもって終了）
- (3) 利用児童が死亡した場合

11. 事故発生時及び緊急時の対応

施設の営業時間（送迎時間を含む）中に、利用者の事故が発生した場合又は利用者の容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、下記の方法にて対応いたします。

- (1) 利用者の事故が発生した場合又は利用者の容態の急変等の緊急事態が発生した場合は、事前の打ち合わせに沿ってご連絡いたします。
- (2) 急を要する場合は、事業所の判断により救急車を要請し、事後報告となる場合がございます。
- (3) 必要に応じて、警察、消防、都道府県、市町村、その他関係機関への連絡をいたします。
- (4) 事故再発防止策として、所定の報告書を基に調査・検討し、防止策を作成いたします。
- (5) 事故事例は、事業者が運営する事業所内にて共有し、事故の再発防止に努めます。

12. 損害賠償

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者はその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様といたします。ただし、その損害の発生について、ご契約書に故意または過失が

認められる場合には、ご契約者の置かれた心身の状況を斟酌して相当と認められる場合に限り、事業者の損害賠償を減じる場合がございます。

1 3. 事業所の協力医療機関

医療機関名：医社）あさの内科

診療科目：内科

住所：岐阜県各務原市蘇原希望町四丁目3 1 - 1

電話番号：058-3 2 2-9 0 6 7

1 4. 損害賠償保険・自動車保険への加入

万一の事故等に備えて、下記の保険に加入しております。

(1) 損害賠償保険

引き受け保険会社	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保障の概要 (支払限度額)	施設賠償責任保険（支援時間中の施設内外で適用されます。） ・対人・対物、1 事故の限度額 1 億円

(2) 自動車保険

引き受け保険会社	損害保険ジャパン日本興亜株式会社
保障の概要 (支払限度額)	対人・対物・人身に適用されます。 ・相手方への限度額、無制限 ・死傷した場合、最大 1 名 5 千万円 ・障害一時金（事故による入院、通院が 5 日以上）1 0 万円

1 5. 身体的拘束廃止の取り組みについて

利用者又はその他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急止むを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為はいたしません。

1 6. 虐待の防止について

事業所は、虐待を防止するために、以下の対策を講じます。

(1) 虐待防止責任者を選任しています。

【虐待防止責任者】職：児童発達支援管理責任者 氏名：大曾根 美果

(2) 研修等を通じて、事業所職員の人権意識の向上や知識、技術の向上に努めます。

(3) 事業所職員が支援にあたっての悩みや苦勞を相談できる体制を整えるほか、利用者等の権利擁護に取り組める環境の整備に努めます。

(4) 事業所職員又は保護者（家族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかにこれを市町村に通告いたします。

1 7. 個人情報の保護について

事業所は、利用者等の個人情報の適切な取り扱いに関し個人情報保護方針を定め、個人情報に関連する法令その他関係法令及び厚生労働省のガイドラインを遵守し、確実な履行に努めます。

(1) 個人情報の収集について

利用者及びその家族に関する個人情報を収集する場合、療育・相談・その他必要と認められる場合、その範囲内で行います。また、その他必要と認められる場合に個人情報を利用する場合には、「利用目的」を予め文書等による同意を得たうえで利用いたします。

(2) 個人情報の利用及び提供について

個人情報の利用については、以下の場合を除き本来の利用目的の範囲を超えて利用いたしません。

- ①利用者又は給付決定保護者の承諾を得た場合
- ②個人を識別できない状態に個人情報を編集・加工して利用する場合
- ③法令等により提供を要求された場合

(3) 個人情報の適正管理について

利用者等の個人情報を正確かつ最新の状態に保ち、漏洩・紛失・改ざん又は利用者等の個人情報への不正アクセスを防止することに努めます。

(4) 個人情報の開示・訂正等について

利用者等の個人情報について、利用者又は給付決定保護者から開示を求められた場合には、遅滞なく個人記録及び療育情報提供申出書等にて内容を確認のうえ対応いたします。また、内容の訂正・削除を求められた場合も、遅滞なく精査し対応いたします。

18. 情報開示及び記録の保管

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、保護者にその内容をご確認後、押印していただきます。

また、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、給付決定保護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コピー料などの諸経費は申出者の負担となります）

なお、法に定めるサービス提供に関する記録は5年間保管し、保管期間が終了した書類については適切な対応により破棄いたします。

19. その他

事業所に対する質問・要望等については事業所として適切に対応いたします。

20. サービス内容及び個人情報の取り扱い等に関する苦情・相談について

《ナナホシ蘇原事業所》

【受付窓口／苦情受付窓口】	児童発達支援管理責任者
	大曾根 美果
受付時間	曜日：月～金曜日（ただし、その他事業所が定める日を除く。）
	時間：10時00分～19時00分
苦情解決責任者	代表取締役 林 貴弘
TEL／FAX	TEL： 058-227-2230
	FAX： 058-377-2326

《岐阜県社会福祉法人 岐阜県社会福祉協議会》

住 所	岐阜県岐阜市下奈良二丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館内
受 付 時 間	曜日：月～金曜日（年末年始・祝日を除く）
	時間：8時30分～17時15分
TEL/FAX	058-273-1111/058-275-4858

《各務原市社会福祉課》

住 所	各務原市那加桜町一丁目69番地
受 付 時 間	曜日：月～金曜日（年末年始・祝日除く）
	時間：8時30分～17時15分
TEL/FAX	058-383-1125/058-389-3353

21. 利用者個別事項

(1) 受給者証番号						
(2) 利用サービス	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
児童発達支援						
放課後等デイサービス						

1ヶ月利用契約数 _____ 回 送迎回数 _____ 回

(3) 利用開始日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日～

サービスの提供に際し、契約書および重要事項説明書の内容について説明を行いました。

説明日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日				
説明者	職 名	児童発達支援 管理責任者	氏 名	大曾根 美果 ㊞	

【事業者】

事業者（法人）名	株式会社 ナナホシ
代表者氏名	代表取締役 林 貴弘 ㊞
所在地 電話番号	住所 〒500-8175 岐阜県岐阜市長住町9丁目23番 TEL 058-255-1025 FAX 058-255-1026
事業所名	ナナホシ 蘇原事業所

サービスの利用に際し、契約書および重要事項説明書の内容について説明を受けました。

【通所給付決定保護者】

令和 年 月 日

利用児童名	
保護者氏名	㊞
住所 電話番号	住所 〒 TEL FAX