

共生型児童発達支援

重要事項説明書

デイサービス桜花

エフビー介護サービス株式会社

「共生型児童発達支援」重要事項説明書

当事業所が提供するサービスについての相談窓口	
電話	0267-26-0807（受付時間：月曜日～ 金曜日 9時～17時 ）
担当	矢島 幸美

1. デイサービス桜花（共生型児童発達支援）の概要

(1) 事業所の名称、所在地等

事業所名称	デイサービス桜花	
事業所所在地	長野県小諸市八満 68 番地 1	
事業所連絡先	TEL0267-26-0807	FAX0267-26-0818
サービスの主たる対象者	障がい児（18歳未満の身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者（発達障がい児を含む）及び難病等対象者）	
事業所番号	共生型児童発達支援 2050800131	
指定年月日	2019年10月1日	
管 理 者	矢島 幸美	
児童発達支援管理責任者	矢島 幸美	
通常の事業の実施地域	小諸市・佐久市（旧佐久市内）・御代田町	
事業所が行う他のサービス	地域密着型通所介護	2070800566
	総合支援事業通所介護相当サービス	2070800566
	共生型自立訓練（機能訓練）	2010800239
	共生型生活介護	2010800239
	共生型放課後等デイサービス	2050800131
	日中一時支援事業（小諸市 23 佐久市 8090000028 御代田町 201901）	

(2) 事業の目的および運営方針

① 事業の目的

利用者（児）及び保護者の意思及び人格を尊重し、その立場に立った適切な共生型児童発達支援の提供を確保することを目的とする。

② 事業の方針

ア 利用者（児）が日常生活における基本動作及び知識技能を習得し、並びに集団生活に適応することができるよう、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。

イ 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し利用者（児）及び保護者の所在する市町村、他事業者との密接な連携に努めるものとする。

ウ 前2項の他、児童福祉法及び「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の従業者、設備及び運営の基準に関する条例」に定める内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

(3) 同事業所の職員体制

従業員の職種	資格	員数	業務内容
管理者	介護福祉士等	1名	事業所の従業者及び業務の管理を行う。
児童発達支援管理責任者	児童発達支援管理責任者研修修了	1名以上	利用申し込みに係る調整、相談、援助、通所支援計画書の作成する。
児童指導員	社会福祉士等	1名以上	利用者様へのサービスの提供を行う。
障害福祉サービス経験者		1名以上	
生活支援員	介護福祉士等	1名以上	
看護職員	正看護師又は准看護師	2名以上	利用者様の健康管理、心身状況の把握等を行う。
機能訓練担当職員	理学療法士等	1名以上	利用者様の心身状態の維持、向上のための訓練・助言等を行う。
事務員		1名以上	請求業務を行う。

(4) 同事業所の設備の概要

食堂兼機能訓練室	1室(42.23㎡)
機能訓練室	2室(13.45㎡×2室)
機能訓練室兼地域交流室	1室(19.98㎡)
浴室	一般浴槽
静養室	1室2床
相談室	1室
送迎車	4台

(5) 利用定員・営業日

利用定員	18人(介護保険上の定員を含む)
営業日	月曜日～土曜日(ただし年末年始をのぞく)
営業時間	午前8時30分～午後5時30分
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時30分

2. サービスの概要

事業所で行う共生型児童発達支援の内容は、次のとおりとする。

- ① 通所支援計画の作成
- ② 基本事業
 - ア) 日常生活訓練
 - イ) 集団生活適応訓練
 - ウ) 創作的活動
 - エ) 生活相談
 - オ) 介護方法の指導
 - カ) 健康指導

③ 介護サービス

更衣、排せつ等の身体介助

④ 送迎サービス

事業所の所有する車両により、障がい児の自宅又は学校と事業所との間の送迎を行う。

二 前項に規定するものほか、給食サービス行うものとする。

3. サービス利用料金

提供するサービスについて、厚生労働省の告示の単価（料金表）による利用料が発生します。通所給付決定保護者の属する世帯の所得に応じて、負担上限月額が設定され、利用料の1割と負担上限月額のいずれか額の小さい方が1月あたりの利用者負担額となります。利用料の1割が負担上限月額を超える場合は負担上限月額以上の負担は発生しません。

① 利用料金

共生型児童発達支援給付費		
	利用料	利用者負担額
共生型児童発達支援	6,820円（1日あたり）	682円（1日あたり）

② 加算項目

ア 事業所がとっている体制により下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内容
福祉専門職員 配置加算Ⅰ	150円 （1日あたり）	15円 （1日あたり）	生活支援員のうち有資格者（社会福祉士・介護福祉士等）が35%以上の場合 利用1日につき加算されます。
福祉専門職員 配置加算Ⅱ	100円 （1日あたり）	10円 （1日あたり）	生活支援員等のうち有資格者（社会福祉士・介護福祉士等）が25%以上の場 合利用1日につき加算されます。
福祉専門職員 配置加算Ⅲ	60円 （1日あたり）	6円 （1日あたり）	生活支援員等のうち、常勤職員が75% 以上又は勤続3年以上の常勤職員が 30%以上の場合、利用1日につき加算 されます。
共生型サービス 体制強化加算Ⅰ	1,810円 （1日あたり）	181円 （1日あたり）	児童発達支援管理責任者と保育士又は 児童指導員をそれぞれ1名ずつ配置し ている場合1日につき加算されます。
共生型サービス 体制強化加算Ⅱ	1,030円 （1日あたり）	103円 （1日あたり）	児童発達管理責任者を配置している場 合1日につき加算されます。
共生型サービス 体制強化加算Ⅲ	780円 （1日あたり）	78円 （1日あたり）	保育士又は児童指導員を配置している 場合1日につき加算されます。

イ 事業所がとった対応の内容により下表のとおり料金が加算されます。

加算項目	利用料	利用者負担額	内容
家族支援加算Ⅰ イ (居宅訪問) ※1時間以上	3,000円 (1回あたり)	300円 (1回あたり)	※個別の相談援助等 障がい児の居宅を訪問し、障がい児及びその家族等に対する相談援助等の支援を行った場合又は事業所内での相談援助(オンラインによる相談援助を含める)の支援を行った場合月4回まで加算されます。
家族支援加算Ⅰ ロ (居宅訪問) ※1時間未満	2,000円 (1回あたり)	200円 (1回あたり)	
家族支援加算Ⅰ ハ (事業所等で対面)	1,000円 (1回あたり)	100円 (1回あたり)	
家族支援加算Ⅰ ニ (オンライン)	800円 (1回あたり)	80円 (1回あたり)	
家族支援加算Ⅱ イ (事業所等で対面)	800円 (1回あたり)	80円 (1回あたり)	※グループでの相談援助等 障がい児の居宅を訪問し、障がい児及びその家族等に対する相談援助等の支援を行った場合又は事業所内での相談援助(オンラインによる相談援助を含める)の支援を行った場合月4回まで加算されます。
家族支援加算Ⅱ ロ (オンライン)	600円 (1回あたり)	60円 (1回あたり)	
送迎加算Ⅰ	540円 (1回につき)	54円 (1回につき)	事業者が障がい児に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。
利用者負担 上限額管理加算	1,500円 (1回あたり)	150円 (1回あたり)	通所給付決定保護者の依頼により、負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合に加算されます。(月1回)
欠席時対応加算	940円 (1回あたり)	94円 (1回あたり)	障がい児が急病等によりご利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。(月4回まで)
欠席時対応加算 (重心)	940円 (1回あたり)	94円 (1回あたり)	障がい児が急病等によりご利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。 (重症心身障害児を支援する場合に限り月8回まで)
個別サポート加算Ⅰ	1,200円 (1日につき)	120円 (1日につき)	ケアニーズの高い児童(指標該当)に対して支援を行った場合に加算されます。

個別サポート加算Ⅱ	1,500円 (1日につき)	150円 (1日につき)	ケアニーズの高い児童(指標該当)に対して児童相談所やこども家庭センター、その他公共機関、主治医と連携し支援を行う場合に加算されます。
福祉介護職員等 処遇改善加算(Ⅰ)	所定利用料の13.1% (1ヶ月あたり)	左記の1割 (1ヶ月あたり)	福祉介護職員の就業環境が整備されていることが国の出した基準を満たしている場合、1か月につき加算されます。
福祉介護職員等 処遇改善加算(Ⅱ)	所定利用料の12.8% (1ヶ月あたり)	左記の1割 (1ヶ月あたり)	
福祉介護職員等 処遇改善加算(Ⅲ)	所定利用料の11.8% (1ヶ月あたり)	左記の1割 (1ヶ月あたり)	
福祉介護職員等 処遇改善加算(Ⅳ)	所定利用料の9.6% (1ヶ月あたり)	左記の1割 (1ヶ月あたり)	

※給付額に変更があった場合、変更された額に合わせて、ご契約者の負担額を変更します。

③ 給付対象とならないサービス

ア 食事代 昼食代 1食あたり 700円
おやつ代 1食あたり 100円

イ おむつ代にかかる費用については自己負担となります。

ウ 創作的活動に係る費用、レクリエーションにかかる費用については、材料費等の実費を頂きます。

エ 日常生活上必要となる諸費用実費

※日常生活品の購入代金等、ご契約者の日常生活に要する費用でご契約者に負担頂くことが適当であるものにかかる費用については実費を頂きます。

オ 通常の事業の実施地域を超えて行う送迎の費用として、通常の事業の実施地域を超えた地点より、1キロメートルごとに105円の自己負担が掛かります。

※通常の事業の実施地域…小諸市、御代田町、佐久市(旧佐久市内)

4. 支払い方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、月末までにお支払いください。

お支払いいただきますと領収書を発行します。お支払方法は、原則口座引き落としとします。現金集金をご希望の方はご相談ください。

5. サービス提供にあたっての留意事項

(2) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせ下さい。

(3) 通所支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意

向に配慮しながら「通所支援計画」を作成します。

作成した「通所支援計画」については、案の段階で利用者に対し内容を説明し、通所給付決定保護者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いいたします。

(3) 通所支援計画の変更等

「通所支援計画」は、障がい児の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

6. 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

(1) 施設・設備の使用上の注意

- ① 施設、設備、敷地をその本来の用途に従って利用してください。
- ② 故意に、又はわずかな注意を払えば避けられたにもかかわらず、施設、設備を壊したり汚したりした場合には、ご契約者の自己負担により原状に復していただくか、又は相当の代価をお支払いいただく場合があります。
- ③ 当事業所の職員や利用者に対し、迷惑をおよ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。

(2) サービス利用のために

- ① 送迎時間につきましては、あらかじめご契約者の方と相談し、連絡いたします。行事等を実施するときは、通常送迎時間と異なる場合がありますのでご注意ください。
- ② サービス等利用計画および個別支援計画に基づいた時間でのご利用となりますが、変更を希望される方は、ご相談ください。
- ③ 長期入院等により利用を中止された場合、再利用時に曜日の変更等がある場合があります。

7. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、障がい児に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治医、救急隊、ご家族、相談支援事業所等の連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

【主治医】

主治医	医療機関	
	主治医氏名	
	連絡先	

【緊急連絡先】

ご家族等	氏名	
	連絡先	

【協力医療機関】

当事業所は下記の医療機関と協力し、利用者の病状の急変等に備えています。

協力医療機関名	住所	電話
鳥山クリニック	小諸市八満 187 番地 1	0267-26-0308

8. 連携事業所

当事業所は下記の障がい福祉サービス事業者との連携協定を締結しています。
サービスの提供にあつては連携事業者の指導・研修を受け、適切な障がい福祉サービスが提供できるよう配慮しています。

連携協定事業者名	特定非営利活動法人たんと。
----------	---------------

9. 事故発生時の対応について

障がい児に対する児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、県、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。

又、障がい児に対する児童発達支援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。

小諸市	小諸市役所 厚生課	0267-22-1700
佐久市	佐久市役所 福祉部 福祉課	0267-62-2111
御代田町	御代田町役場 保健福祉課 福祉係	0267-32-6522
長野県	健康福祉部 障がい者支援課	026-235-7149

あいおいニッセイ同和損害保険(株)	介護保険・社会福祉事業者総合保険
-------------------	------------------

10. 非常災害対策

- ・防災設備 消火器 3 本・スプリンクラー・自動火災報知機
- ・防災訓練 年 2 回以上実施
- ・防火責任者 **防災担当職員**

11. サービス内容に関する相談・苦情

(1) 当事業所 ご利用者相談・苦情担当

電 話 0 2 6 7 - 2 6 - 0 8 0 7
担 当 管理者
受付時間 月～金曜日 9 時～17 時

(2) 当事業所以外に、市町村の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

小諸市役所厚生課	電話 0267-22-1700	Fax 0267-22-1966
佐久市役所福祉部福祉課	電話 0267-62-2111	Fax 0267-62-2172
御代田町役場保健福祉課福祉係	電話 0267-32-6522	Fax 0267-31-2511
長野県健康福祉部障がい者支援課	電話 026-235-7149	Fax 026-234-2369

長野県障がい者権利擁護センター	電話 026-235-7107	Fax 026-234-2369
長野県社会福祉協議会	電話 0120-28-7109	Fax 026-228-0130

12. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	年 月 日
実施した評価機関の名称	
評価結果の開示状況	有 ・ 無

13. 当法人の概要

名称・法人種別 エフビー介護サービス株式会社
 代表者役職・氏名 代表取締役 柳澤 美穂
 本社所在地・電話番号 長野県佐久市長土呂 159 番地 2 0267-88-8188

14. 虐待の防止について

事業者は利用者の人権の擁護・虐待の防止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任しています。

虐待防止に関する責任者	管理者
-------------	-----

- (2) 苦情解決体制を整備しています。
 (3) 従業者に対する虐待の防止を啓発、普及させるための研修を実施します。
 (4) その他虐待防止のために必要な措置を講じるものとします。

事業者は、当該事業所の従業者又は養護者(日常的に世話をしている家族、親族、同居人、利用する障害福祉サービスの従業者など利用者を現に養護する者)により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報するとともに、虐待の早期発見のため、行政が行う調査等に協力します。

15. 秘密の保持と個人情報の保護について

①利用者及びその家族に関する秘密の保持について

事業者は、利用者およびその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。

※事業者及び事業者の使用する者(以下「従業員」という。)はサービス提供する上で知り得た利用者およびその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に洩らしません。

※この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。

※事業者は、従業者に業務上知り得た利用者およびその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。

② 個人情報の保護について

※事業者は、利用者からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に利用者の家族の個人情報を提供しません。また利用者の家族の個人情報についても、当該利用者の家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議で使用する等、他の福祉サービス事業者等に利用者の個人情報を提供しません。

※事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれている記録物（紙によるものの他、電磁的記録も含む）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。

※事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

この重要事項説明書の説明年月日

年 月 日

共生型児童発達支援の提供開始にあたり、障がい児及び支給決定保護者に対して契約書および本書面に基づいて重要事項を説明しました。

事業者	法人	エフビー介護サービス株式会社 ㊞
	法人所在地	長野県佐久市長土呂 159 番地 2
	法人代表者	代表取締役 柳澤 美穂

私は、契約書及び本書面により、事業者から共生型児童発達支援についての重要事項の説明を受け、内容について承諾しました。また個人情報の提供について同意いたします。

利用申込者（通所給付決定保護者） 住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ ㊞

利用者（児童） 氏 名 _____

代 理 人 住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ ㊞

連帯保証人 住 所 _____

連絡先 _____

氏 名 _____ ㊞