

社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
指定放課後等デイサービス 重要事項説明書

重要事項説明書とは、当事業所がサービス利用契約の締結を希望される方に対して、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。



社会福祉法人朝来市社会福祉協議会

障がい者（児）自立支援施設

あさごふれ愛の郷^{ゆー・あい}YOU・愛センター

当事業所は兵庫県の指定を受けています。

(兵庫県指定 第 2854901010 号)

1 事業者

名 称	社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
所 在 地	兵庫県朝来市新井 73 番地 1
電 話 番 号	0 7 9 - 6 7 7 - 2 7 0 2
代 表 者 氏 名	会 長 伊 藤 宣 廣
設 立 年 月	平成 1 7 年 4 月 1 日

2 事業所の概要

事業所の種類	放課後等デイサービス 平成 2 4 年 4 月 1 日 指定 兵庫県 第 2 8 5 4 9 0 1 0 1 0 号
事業の目的	指定 放課後等デイサービスの提供
事業所の名称	障がい者（児）自立支援施設 あさごふれ愛の郷 ^{ゆー・あい} YOU・愛センター
事業所の所在地	兵庫県朝来市和田山町加都 107 番地 1
電 話 番 号	0 7 9 - 6 7 0 - 6 7 2 0
管 理 者 氏 名	あさご ふれ愛の郷 ^{ゆー・あい} YOU・愛センター 管理者 小松 里佳
児童発達支援管理責任者	小松 里佳
事業所の運営方針	障がい児が日常生活における基本的動作の習得及び集団生活に適応することができるよう、当該、障がい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、適切な指導及び訓練を行なうなど放課後等デイサービスを提供することを目的とする。
開 設 年 月	平成 2 3 年 4 月 1 日
事業所が行なっている他の業務	特になし

3 事業実施地域

事業の実施地域	朝来市全域
---------	-------

4 営業時間と利用定員

営 業 日	月曜日から土曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日とする。ただし、12月29日から翌年の1月3日までを除く。
サービス提供時間	平日は午後1時30分から午後5時30分までとし、土・祝祭日、長期休暇等、学校教育法施行規則に規定する休業日は午前9時00分から午後3時00分までとする。 上記の時間の前後で利用を希望される方は要相談
利 用 定 員	10名

5 職員の体制

<各サービス提供時間帯の職員体制>

職 種	人員数	職務の内容
1. 管理者	1人	職員及び業務の管理・指揮命令を行う。
2. 児童発達支援 管理責任者	1人	利用申込に係る調整などを行う。
3. 児童指導員	3人	サービス提供を行う。
4. 保育士	1人	
5. 指導員	4人	

※法令に基づく指定居宅介護支援等の事業の人員、設備及び運営に関する基準に準じています。

6 当事業所の施設設備の概要

当事業所の施設設備の概要は以下のとおりです。

機能訓練室①	24.8㎡
機能訓練室②	27.3㎡
個別訓練室	1.8㎡
多目的室（ホール）	78.0㎡
相談室（和室）	16.6㎡
食堂	24.8㎡

7 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1)「放課後等デイサービス計画」とサービス内容

当事業所では、下記のサービス内容から「個別支援計画」を定めてサービスを提供し

ます。「個別支援計画」は、市町が決定した介護給付「支給量」（「受給者証」に記載してあります。）を基に利用者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。

「個別支援計画」は、利用者や保護者に必要に応じて事前に説明し同意をいただくとともに、利用者の申し出により、いつでも見直すことができます。

<サービス内容>

①日常動作訓練

日常生活の基本的動作習得を支援します。

②集団生活適応訓練

集団生活への適応力習得を支援します。

事業所は、利用者に遊びや身体を動かすこと等を通して、集団生活でのルールを学ぶと共に感受性を高め、いきいきと過ごせる時間の提供に努めます。

上記実施に伴い、言葉での応酬や怪我等が起り得ると予測されますが、すり傷等の日常生活において起り得るものについては、事故としては扱いません。

尚、医療機関での受診が必要と判断した場合は速やかに医療機関での診療を依頼します。

③機能訓練

利用者の心身等の状況に応じて、日常生活を送るのに必要な機能の向上を図るための訓練を実施します。

④レクリエーション

集団ゲーム等のレクリエーションを実施します。

⑤必要な介助

排泄の介助のほか、放課後等デイサービスでの活動をおこなうときに必要な介助を、利用者のご希望及び心身等の状況に応じて行います。

⑥医療・福祉・生活等のご相談及び介護方法の指導

利用者の医療・福祉・生活等のご相談に応じます。また、ご希望に応じて療育技術の指導を行います。

(2) 利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、障害児通所給付費が支給されます。障害児通所給付費は、本事業所が代理受領いたしますので、利用者から受給者証の記載内容に基づき利用者本人及び扶養義務者の負担能力に応じ市町村が決定する額（利用者負担額）をお支払いいただきます。

<利用者負担額の上限等について>

☆ 障害児通所給付費対象のサービス（児童発達支援、放課後等デイサービス等の支援）

利用者負担額は、市町が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用

状況により、当事業所への月々のご利用者の負担額は変わることがあります。

- ☆ ご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合にはサービス利用開始の際にその旨をお申し出ください。

<償還払い>

- ☆ 利用給付費を事業者が代理受領を行わない場合は、利用給付費基準額の全額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町に申請すると利用給付費が支給されます。

<サービス利用料金>

- ☆ 下記の料金表によって、サービス料金の1割をご負担いただきます。ただし、障害者自立支援法等関係法令に規定されている負担上限額を超えてご負担いただくことはありません。負担上限額は、利用者の障害児通所受給者証に記載されています。

<サービス利用料金>

	サービス利用料金	障害児通所給付費	自己負担額
放課後等デイサービス 時間区分1（30分超1時間30分以下）	5,740円	5,166円	574円
放課後等デイサービス 時間区分2（1時間30分超3時間以下）	6,090円	5,481円	609円
放課後等デイサービス 時間区分3（3時間超5時間以下 休日のみ）	6,660円	5,994円	666円

<加算について>

- ☆ 放課後等デイサービス費の他に、下記項目での加算分のご負担いただきます。

加算項目	内容	障害児通所給付金額	自己負担額
送迎加算	学校及びご自宅と施設間の送迎を利用される場合に加算されます。	486円 (片道ずつ)	54円
利用者負担上限額管理加算	複数の事業所を利用されている利用者で、利用者負担額合計額の管理を依頼され、行った場合加算されます。	1,350円 (一月につき)	150円

欠席時対応 加算 (I)	利用者が急病等により利用を中止され、連絡調整や相談援助を行った場合に月4回まで加算されます。	846円(1回)	94円
福祉・介護職員等 処遇改善加算 (II)	職員の資質向上・処遇改善に取り組んでいる事業所に加算されます。 (一月につき)10円× 所定単位数×13.1%	左記金額の9割 相当額	左記金額の 1割相当額 (一月につき)
個別サポート 加算 (1)	① ケアニーズが高く強度行動障害児支援加算対象の障害児に対して支援を行った場合に加算されます。 ② 強度行動障害支援者養成研修修了者を配置し、ケアニーズの高い障害児に対して支援を行った場合及び受給者証に(重度)の記載のある障害児に対して支援を行った場合に加算されず。	① 810円 ②1,080円	① 90円 ②120円
強度行動障害児 支援加算 (1)	強度行動障害支援者養成研修(実践研修)を修了した職員を配置し、強度行動障害を有する障害児に対して支援を行った場合に加算されます。	1,800円(1回)	200円
延長支援加算	一定の時間区分を超えた時間帯の支援について、預かりニーズに対応した延長支援に応じて加算されます。 ※利用者の都合等で延長時間が計画よりも短くなった場合に限り加算	828円 (1時間以上 2時間未満) 1,107円 (2時間以上) ※ 549円 (30分以上 1時間未満)	92円 123円 61円
加算等の変更について	法改正等において加算内容に変更が生じた場合は、その都度文書でお知らせします。		

(3) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

前記(2)、及び(3)の料金・費用は、1か月ごとに計算し、利用明細を添えて利用月の翌月15日(15日が休日の場合は翌営業日とさせていただきます)までに利用者及び保護者あてにご請求しますので、翌月25日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア) 窓口での現金支払い
イ) 下記指定口座への振り込み 振込先：但馬銀行 山東支店 口座名義：社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会 会長 伊藤宣廣 口座番号：普通預金 7111411
ウ) 金融機関口座からの自動引き落とし ご利用できる金融機関：但馬銀行、但馬信用金庫、但陽信用金庫 たじま農業協同組合、ゆうちょ銀行

(4) 利用の中止、変更、追加

ア) キャンセル料について

利用者の都合により、利用予定日前にサービスの利用を中止または変更することができます。

サービス利用を中止される場合、ご連絡いただいた時間により下記のとおりキャンセル料を請求させていただきます。ただし、利用者の急病などやむを得ない理由の場合キャンセル料は請求いたしません。

① ご利用予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 (前日が休業日の場合は休業日の前日)	無料
② ①に記載した日時までにご連絡がない場合	500円

イ) 市町が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。

ウ) 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。

(5) 送迎について

送迎については、**学校及びご自宅と当施設間**で行ないます。

(6) その他、負担いただく費用について次の費用は、実費をいただきますので、予めご了承ください。

- ① おやつ代
- ② 教材費
- ③ 行事等にかかる費用 (参加費)

上記以外で負担いただく場合には、文書をもって通知いたします。

(7) 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1か月前までにご説明します。

8 サービスの利用に関する留意事項

(1) サービス内容の変更

サービス利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。その場合事業

者は、変更したサービス内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

(2) 受給者証の確認

「住所」及び「居宅ご利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容の変更があった場合はできるだけ速やかに本事業所従事者にお知らせください。

また、本事業所従事者より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示ください。

(3) 事業者の具体的義務

- ①利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮します。
ただし、当事業所が、利用者の生命、身体、財産の安全・確保に配慮をしていたにもかかわらず、事故等が発生し、その原因が当事業所に起因しない場合には責任を負いかねる場合があることを予めご了承ください。例えば、完全な転倒防止等をお約束することは致しかねます。
- ②サービス内容について、利用者の質問等に対して適切に説明します。
- ③サービスを提供するに当たって知り得た利用者や家族等の秘密について、正当な理由がある場合を除き第三者に開示することはありません。
- ④利用者又は他の利用者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除いて、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為を行いません。

9 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、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し、ご利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、放課後等デイサービス計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、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、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、利用者の負担となります。)

10 事業所と保護者の連絡方法

事業所は、利用者及び家族との連絡は「連絡ノート」により対応しますが、利用中の様子や緊急連絡に対応するため、SNS（ソーシャルネットワーキングサービス）等を活用し適時の情報発信に努めます。

11 解約について

(1) 利用者からの解約について

①利用者は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の1か月前までに当事業所に届けることによって、この契約を解約することができます。この場

合の解約料は無料です。

②次の場合、利用者は事業者申し出を行うことによって「契約解約申出書」を提出することなしに、この契約をいつでも解約することができます。この場合も解約料は無料です。

- ア. 事業者が正当な理由なしに契約に定めるサービスを実施しない場合
- イ. 事業者が利用契約書第 10 条に定める (守秘義務) に違反した場合
- ウ. 事業者が社会通念に逸脱する行為を行った場合。
- エ. 他の利用者が利用者の生命・身体・財産・信用を傷つけた場合もしくは傷つける恐れがある場合において事業者が適切な対応を取らない場合

③ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業者からの契約解除について

当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事由がある場合、利用者に対して契約終了日の 1 か月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解除することができます。

- ア. 利用者及びその保護者が、この契約に定める利用料金等の支払いを 2 か月以上滞納し、文書による督促を行ったにもかかわらず、支払いがなかった場合
- イ. 利用者及び保護者が、故意又は重大な過失により、事業者、事業者もしくはサービス提供従事者に生命・身体・財産・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合
- ロ. 利用者及び保護者が、契約締結時にその心身の状況及び病歴等の重要な事項について、故意にこれを告げず、又は不実の告知を行い、その結果本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせた場合

1 2 緊急時の対応

利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡をする等の措置を行い医師の指示に従います。

1 3 感染症発症時の対応方法

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、他の利用者へ影響を考慮し次の対応をとらせて頂きます。

(1) 健康診断等

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、主治医等の診察を受けて頂き、診断書 (証明書) の提出をお願いする場合があります。

(2) サービスの利用中止・変更

利用者又はご家族からのご要望を頂いたとしても、治癒するまではサービス提供をお断りする若しくは、サービス内容の変更をする場合があります。

(3) 施設休業

施設内で集団感染の恐れのある場合は施設休業をやむなく行う場合があります。

1.4 損害賠償保険への加入

- ①当事業所の責任において、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合、事業所は利用者にその損害を賠償いたします。
- ②当事業所は以下の損害賠償保険に加入しています。内容・詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所管理者までご連絡下さい。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保 険 名	介護保険・社会福祉事業者総合保障
補償の概要	施設サービス事業者賠償補償

1.5 苦情等の受付について

- 当事業所のサービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談等については、下記の窓口で受け付けています。

受付時間 月曜日～金曜日 / 8時30分～17時15分の間

障がい者（児）自立支援施設 あさごふれ愛の郷あおぞら	兵庫県朝来市新井1番地1 電話番号 079-677-1613 FAX 番号 079-677-1689 担当 施設長 谷井 章子
障がい者（児）自立支援施設 あさごふれ愛の郷 Y O U ・ 愛センター	兵庫県朝来市和田山町加都107番地1 電話番号 079-670-6720 FAX 番号 079-670-6721 担当 施設長 小松 里佳

※受付日及び受付時間以外の時間については、留守番電話にてご用件をお伺いし後日早急に対応いたします。

- 当事業所では地域にお住まいの方々を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見をいただいています。ご利用者は、当事業所への苦情やご意見は下記の「第三者委員会」に相談することもできます。

受付時間は月曜日～金曜日 / 8時30分～17時15分の間

第三者委員会 社福)朝来市社会福祉協議会 内	兵庫県朝来市新井73番地1 電話番号 079-677-2702 FAX 番号 079-676-2706
---------------------------	---

- ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受け付けています。

朝来市役所 健康福祉部社会福祉課	兵庫県朝来市和田山町東谷 213 番地 1 電話番号 079-672-6123 FAX 番号 079-670-2057
---------------------	---

1 6 【重要事項を説明した年月日】

この重要事項説明書の	説明場所	
	説明年月日	年 月 日 時 分

※ なお、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、利用者にもその内容を文書で通知し、口頭でご説明いたします。

放課後等デイサービスの提供開始にあたり、利用者に対して、本書面の重要事項説明書に基づく重要な事項を説明しました。

事業者 所在地 兵庫県朝来市新井 7 3 番地 1
 名称 社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
 代表者 会長 伊藤 宣廣 (印)

説明者 所属 ^ゆ ^こ ^{あい} Y O U ・ 愛センター
 氏名 (印)

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

(利用者) 住所 朝来市
 氏名 (印)

(代理人) 住所 朝来市
 氏名 (印)

【ご利用者の緊急時連絡先表】

利用者氏名 _____ 様

《緊急時の連絡先》

主治医	利用者の主治医	
	所属医療機関名称	
	所在地	
	電話番号	
家族等	緊急時の連絡先 家族等氏名	
	・住所	朝来市
	・電話番号	電話
		携帯電話
	・メールアドレス	
	次の緊急連絡先 家族等氏名	
	・住所	朝来市
	・電話番号	電話
携帯電話		