

にじのはし 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	社会福祉法人 聖樹の杜
法人種別	社会福祉法人
法人所在地	〒041-1111 亀田郡七飯町本町3丁目18番12号
電話番号	(0138) 65-8000
代表者氏名	理事長 秋田 広樹

2. 事業所の概要

名 称	にじのはし	
事業所所在地	〒041-1111 亀田郡七飯町本町3丁目18番12号	
施設種別	児童発達支援（センター）・放課後等デイサービス・保育所等訪問支援	
指定年月日	平成27年10月1日	
利用定員	児童発達支援（センター） 20名	放課後等デイサービス 20名
管理者氏名	理事長 秋田 広樹	
建 物	構 造：木造2階建て 敷地面積：1166.37㎡ 延床面積：499㎡	
電 話 番 号	(0138) 65-3800	
F A X	(0138) 65-3805	
事業所番号	児童発達支援（センター）	0151502150
	放課後等デイサービス	
	保育所等訪問支援	
目 的	学齢期にある利用者に対し、自立の促進、生活の質の向上、集団活動や社会適応の訓練、基礎的な育成指導等を行い、利用者及び保護者の意思及び人格を尊重し利用者及び保護者の立場に立った適切な運営を確保することを目的とします。	
運 営 方 針	通所支援事業を通じて生活能力の向上に必要な訓練を行い、社会との交流を促進するために、当該利用者の身体及び精神の状況ならびにその置かれている環境に応じて、適切かつ効率的な指導及び訓練を実施します。また、保育所等への訪問支援を行うことにより、保育所等の安定した利用を促進します。	

3. 事業所の設備等の概要

名称	室数	備考
指導訓練室	1室	51.96 m ²
放課後ダイルーム	1室	24.84 m ²
遊戯室	2室	34.78 m ² 17.39 m ²
相談室	1室	9.94 m ²
医務室	1室	6.21 m ²
静養室	1室	9.94 m ²
トイレ	3室	13.2 m ²
調理室	1室	16.77 m ²

4. 職員・勤務状況

(1) 職員の配置状況

当事業所では、北海道の定める指定基準を遵守し指定通所支援を提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

【児童発達支援（センター）】

職種	常勤		非常勤		備考
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			
看護師		1			
機能訓練担当職員				1	
保育士	4		1		
児童指導員	1		1		
栄養士	1				
調理員	1		1		
児童発達支援管理責任者	1				

【放課後等デイサービス】

職種	常勤		非常勤		備考
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			
保育士	4				
児童指導員	1		1		
その他の従事者			3		
児童発達支援管理責任者	1				

【保育所等訪問支援】

職種	常勤		非常勤		備考
	専従	兼務	専従	兼務	
管理者		1			
保育士（訪問支援員）			1		
児童発達支援管理責任者	1				

(2) 各職種の勤務体制

職種	勤務時間帯
管理者	8：30～17：30
保育士・指導員	8：00～17：00 10：00～19：00 8：30～17：30 9：00～14：00 13：00～17：00
児童発達支援管理責任者	8：00～17：00 10：00～19：00
訪問支援員	8：00～17：00

(3) 営業日及び営業時間並びにサービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日
営業時間	8：30～17：30
サービス提供時間	児童発達支援（センター） 9：00～15：00 放課後等デイサービス 13：00～17：00 保育所等訪問支援 8：00～17：00

※ただし、祝祭日・年末年始6日間を除く。

4. 事業所が提供するサービス内容

(1) 給付費対象サービス

サービスの種類	サービスの内容
計画	個別支援計画を作成し、保護者に同意をいただいた計画に基づき行われます。なお必要に応じて随時計画を見直します。
相談及び援助	利用者及び保護者が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談、助言、援助等を行います。
指導・訓練	日常生活動作、歩行、食事等の指導、集団遊びや創作活動等を通じ、自立性を高める訓練を行います。
健康管理	健康チェック、健康相談、かかりつけ医や協力医療機関との連絡調整を行い、健康保持のため適切な支援を行います。

(2) 給付費対象外サービス

サービスの種類	サービスの内容
昼食費	毎月献立表を作成し提供します。1食270円
創作活動等に係る材料費	創作活動を行う上で係る材料費等の費用で、保護者に負担して頂くことが適当であるものに係る費用。
日常生活上必要となる諸経費	日常生活において、通常必要となるものに係る費用であって、保護者に負担して頂くことが適当であるものに係る費用。

5. サービス利用料金

(1) 障害児通所給付費対象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、厚生労働大臣が定める基準により算出した額のうち、9割が通所給付費の給付対象となります。事業者が通所給付費の給付を市町村から直接受け取る場合、利用者負担分として、サービス利用料金全体の1割の額を事業者にお支払いいただきます。

通所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) 障害児通所給付費対象外サービス内容の料金

上記、「4 (2) 給付費対象外サービス」の項目をご参照ください。

(3) サービス利用のキャンセル料金

利用者がサービス利用のキャンセルをする場合は、利用予定日の2日前までに当事業所までご連絡ください。キャンセル、利用日の変更があった場合料金のお支払いをいただく場合があります。

(4) 利用料金のお支払方法

上記(1)から(3)までの料金は1か月ごとに計算し、5営業日以内までに請求書を発行いたしますので、現金でお支払ください。

6. 利用者の記録及び情報管理等

事業者は、利用者の記録及び情報を適切に管理し、保護者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については当該通所支援を提供した日から5年間保存します。

利用者の個人情報については、個人情報使用同意書に基づき対応します。

7. 健康管理

事業者は、学校保健安全法に準じて、未就学児（児童発達支援）については1年に2回の定期健康診断を行うものとします。就学児（放課後等デイサービス）については、学校において実施した健康診断結果の写しを提出していただき確認することとします。

8. 緊急時及び事故発生時等の対応

サービス提供時に利用者の病状の急変等が生じた場合には、速やかにご家族や医療機関への連絡等を行います。また、事故が発生した場合は、北海道、市町及びご家族に連絡を行うとともに必要な措置を講じ、事故の状況・処置等の内容を記録するものとします。

利用者のかかりつけ 医療機関	医療機関名： 診 療 科： 主 治 医： 所 在 地： 電 話 番 号：
緊急連絡先①	住 所： 電 話 番 号： 氏 名：
緊急連絡先②	住 所： 電 話 番 号： 氏 名：

9. 要望、苦情等申立先及び虐待防止に関する相談窓口

当事業所 ご利用相談窓口	窓口担当者：上田 莉乃 解決責任者：秋田 広樹 受付時間：8：30～17：30（営業日） 電話番号：0138-65-3800
第三者委員会	・掛川 弘子（七飯町民生委員 主任児童委員） ・松田 聡（行政書士） ・安保 麻美（七飯ほんちょう保育園 卒園児保護者代表）
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	所 在 地：札幌市中央区北2条西7丁目 電 話 番 号：011-204-6310 F A X：011-204-6311

10. 協力医療機関

医療機関の名称	ひよこクリニック
医院長名	杉山 元
所在地	亀田郡七飯町大川8丁目12-15
電話番号	0138-65-1311

1 1. 非常災害時の対策

消防法及び消防法施行規則に基づき、非常災害に関する具体的な計画を立て、防火管理者を定めています。

非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、定期的に職員に周知するとともに、毎月1回以上の避難訓練及び消火、救出その他必要な訓練を実施しています。

消防計画	届出年月日：平成27年9月15日
避難訓練	年12回実施（火災、地震、噴火、風水害、その他非常災害時）
防災設備	自動火災報知機、火災通報装置、避難誘導灯 消火器、非常時持出し備蓄品

1 2. 虐待防止等の人権擁護の取組等

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：秋田 広樹

(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。

1 3. 賠償責任保険の加入状況

保険の種類	東京海上日動火災保険（傷害保険、生産物賠償責任保険）
保険の内容	保険の内容等につきましては、ご利用のしおりに記載されている保険加入状況（東京海上日動火災保険）をご確認ください。

児童発達支援（センター） 放課後等デイサービス 保育所等訪問支援

上記の選択した項目の指定通所支援の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

平成 年 月 日

社会福祉法人 聖樹の杜

事業所名 : _____ にじのはし _____ (印)

説明者 : _____ (印)

私は、本書面に基づいて事業者から指定通所支援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。

平成 年 月 日

利用者

住 所 : _____

氏 名 : _____

保護者

住 所 : _____

氏 名 : _____ (印)

続 柄 : _____