

指定児童発達支援事業所 にじの森 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	合同会社レインボーハート
法 人 所 在 地	石川県金沢市栗崎町ニ 6 番地 3 0
電 話 番 号	0 7 6 - 2 5 4 - 5 7 4 0
代 表 者 氏 名	高島 久美子
設 立 年 月	平成 2 5 年 1 2 月 3 日

2. 事業所の概要

事業所の種類	児童発達支援
事業所の名称	にじの森
事業所の所在地	石川県金沢市桂町ロ 4 6 番地 1
連 絡 先	電話：0 7 6 - 2 5 5 - 3 3 5 0 FAX：0 7 6 - 2 5 5 - 3 3 6 0
管 理 者 氏 名	吉田 裕子
児童発達支援 管理責任者	窪 拓栄
定 員	5 人（指定放課後等デイサービス事業と合計で 5 人）
指 定 年 月 日	令和 8 年 1 月 1 日
事業所番号	1 7 5 0 1 0 3 3 9 0
事業所が行なっている他のサービス	指定放課後等デイサービス

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	合同会社レインボーハート（以下、「事業者」という。）が設置するにじの森（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児童発達支援（以下、「指定児童発達支援」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、指定児童発達支援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つ
-------	--

	た適切な指定児童発達支援の提供を確保することを目的とします。
運営方針	①事業所は、障害児が日常生活における基本的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、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。 ②指定児童発達支援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、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（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、障害児通所支援等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。 ③前二項のほか、法及び「金沢市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 12 月 17 日条例第 62 号）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定児童発達支援を提供するものとする。

4. 通常の事業の実施地域

金沢市、野々市市、河北郡の全域（※その他の地域も相談に応ず。）

5. 営業時間とサービス提供時間

営業日 及び 営業時間	月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日、年末年始（12月29日から1月3日まで）を除く。 営業時間 午前9時00分から午後6時00分
サービス提供日 及び サービス提供時間	月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝日、年末年始（12月29日から1月3日まで）を除く。 サービス提供時間 午前10時00分から午後3時00分

6. 従業者の体制

職種	業務内容
管 理 者	常勤 1 名 管理者は、従業者の管理、児童発達支援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、事業所の従業者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 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。
看護職員	常勤 2 名 非常勤 1 名 個別支援計画に基づき障害児に対し健康管理、必要に応じて医師の指示に基づく医療処理、アドバイス等および指導、訓練等を行います。
児童指導員	常勤 1 名

または保育士	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。
機能訓練担当職員	非常勤 1名 個別支援計画に基づき日常生活を営むのに必要な機能訓練を行います。
嘱託医	非常勤 1名 当該事業所を利用する障害児の健康管理、必要に応じて医療処理、アドバイス等を行う。

当事業所では、こども家庭庁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従業者として、上記の職種の従業者を配置しています。

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	2 室	運動や訓練、創作活動などを行う。
事 務 室	1 室	日常的な事務処理手続きを行う。
相 談 室	1 室	保護者、障害児との面談等を行う。
静 養 室	1 室	障害児が安静に過ごすため、静養させる。
ト イ レ	2 室	洗面台付、洋式トイレ。
浴 室	1 室	入浴、清拭などを行う。

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）個別支援計画の作成

（2）基本事業

（ア）日常生活訓練

日常生活動作、歩行、軽スポーツ等

（イ）集団生活適応訓練

会話、パソコン操作等

（ウ）創作的活動

絵画、工作、園芸等

（エ）社会生活上の便宜の供与

レクリエーション行事、事業所外活動等

（オ）更生相談

医療、福祉、生活の相談等

（カ）機能訓練

理学療法、作業療法、言語療法、心理指導等

（キ）介護方法の指導

家族等に対する介護技術指導等

（ク）健康指導

健康チェック、健康相談

（3）介護サービス

更衣、排泄等の身体介助

（4）送迎サービス

事業所の所有する車両により、障害児の自宅と事業所との間の送迎を行う。

※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、本事業所の児童発達支援管理責任者が作成し説明を行い、通所給付決定保護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、通所給付決定保護者から徴収するものとします。

(ア) お 弁 当 代 実 費

(イ) お や つ 代 実 費

(ウ) 創作活動に係る材料費 実 費

(エ) 事業所外活動費 実 費

(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通所給付決定保護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25日までに現金支払いの方法でお支払いください。

10. サービス利用に当たっての留意事項

- (1) 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なわないものとします。
- (2) 利用児童が故意に設備等を破損した際は、保護者に損害賠償を請求する場合があります。

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	管理者 吉田 裕子
-------------	-----------

- (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・普及するための研修を実施します。

- (4) 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的を開催するとともに、

その結果については、従業者に周知徹底を図ります。

12. 緊急時の対応

現に児童発達支援の提供中に障害児の病状の急変、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		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 :	(氏名) 続 柄 :
	所 在 地 :	
	電 話 番 号 :	

(3) 事業所の協力医療機関

医療機関名	ゆうこ駅西こどもクリニック	診 療 科	小児科
所 在 地	石川県金沢市駅西本町 3-14-34		
電 話 番 号	0 7 6 - 2 5 4 - 6 2 0 1		

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・防災訓練を障害児及び従業者全員で行います。

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、平日の午前9時00分から午後6時00分です。

15. 秘密の保持

従業者は、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、従業者であった者に業務上知りえた障害児又はその家族の秘密を保持させるため、従業者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に従業者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	管理者 吉田 裕子
	苦情解決責任者	管理者 吉田 裕子
	受 付 日	月曜日から金曜日までとする。ただし、国民の祝

	日、年末年始（12月29日から1月3日まで）を除く。
受付時間	月～金 午前9時00分から午後6時00分
電話番号	076-255-3350
FAX番号	076-255-3360

（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、行政機関又は石川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。

金沢市役所 障害福祉課	所在地	金沢市広坂 1-1-1
	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00分から午後5時45分
	電話番号	076-220-2289
野々市市役所 健康福祉部 福祉総務課 障害福祉係	所在地	野々市市三納一丁目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日から1月3日までを除く。
	受付時間	午前8時30分から午後5時15分
	電話番号	076-227-6063
内灘町福祉課 障害福祉係	所在地	河北郡内灘町字大学1丁目2番地1
	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8時45分から午後5時15分
	電話番号	076-286-6703
津幡町福祉課 障害福祉係	所在地	河北郡津幡町字加賀爪ニ3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8時00分から午後5時15分
	電話番号	076-288-2458
石川県福祉サービス 運営適正化委員会 「福祉サービス利用者 サポートセンター」	所在地	石川県金沢市本多町3丁目1番10号 石川県社会福祉会館2F
	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
	電話番号	076-234-2556

17. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、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 あいおいニッセイ同和損害保険株式会社

（２）損害保険の種類 賠償責任保険

18. 第三者評価の実施状況

実施していない

令和 年 月 日

指定児童発達支援の提供及び利用の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を行ないました。

事業所名称：にじの森

管理者名：吉田 裕子

説明者名：(役職) _____ (氏名) _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定児童発達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。

障害児氏名：

通所給付決定保護者住所：

通所給付決定保護者氏名： _____ 印

続 柄：