

もえぎのクローバーセンター北えきまえ

重要事項説明書

本重要事項説明書は、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説明するものです。

☆ 目 次 ☆

1. 事業者の概要
2. 事業所の概要
3. 事業所の職員体制
4. 事業所が提供するサービスと利用料
5. サービスの利用方法
6. 契約の終了
7. サービス利用に関する注意事項
8. サービス実施の記録
9. 緊急時の対応方法
10. 損害補償保険への加入
11. 苦情の受付
12. 虐待の防止について
13. 個人情報の保護について
14. 身体的拘束廃止の取り組みについて
15. 契約の解約、終了
16. 契約内容の変更について
17. その他

1 事業者の概要

名 称	クローバー・ワン株式会社
法人種別	株式会社
法人所在地	神奈川県横浜市西区平沼 1-1-3 合人社高島橋ビル 6F
電話番号	045-290-5006
代表者氏名	代表取締役 船木 拓志
法人の沿革 事業内容	法人設立年月日：令和2年1月7日 児童福祉法に基づく児童発達支援及び放課後デイサービス事業
法人が所有する 営業所の種類・数	児童福祉法に基づく障害児通所支援事業所 20 か所

2 事業所の概要

事業所の名称	もえぎのクローバーセンター北えきまえ
事業所の所在地	神奈川県横浜市都筑区中川中央 1-22-15 ベガプラザビル 201
電話番号・FAX	045-530-0288
通常のサービス 提供地域	横浜市青葉区・都築区・緑区・川崎市高津区・宮前区 その他の地域については、要相談
営業日・営業時間	営業日 : 月曜日～土曜日（12月30日～1月3日を除く） 営業時間 : 授業終了後 14:30～17:30 学校休業日 10:30～16:30 サービス提供時間 : 授業終了後 14:30～17:30 学校休業日 10:30～16:30 その他 : 悪天候や社内研修、社内行事等のため閉所する場合がある イベント等の理由により臨時で開所する場合がある
利用定員	定員 10 名
事業所番号	第 1 4 5 3 8 0 0 6 4 9 号 （令和 2 年 4 月 1 日指定）
事業の目的	早期療育指導を必要とする児童に対し、日常生活における基本動作等の指導を行い、発達の助長を目的とする。
運 営 の 方 針	もえぎのクローバーでは、「子どもの芽ぶきを大切に！」をテーマにしております。 家庭・学校以外で子どもたちの安心できる場所・笑顔になれる場所であることを大切に考え、一人一人の個性、成長を分かち合い、見守り、将来社会的自立ができるようになることを目標とします。 お子様と指導者が楽しみや安らぎを共有できる雰囲気の中で、自ら好きなものを選び、楽しむことを目的とします。 保護者の方々と共に考えながら、総合的に発達を促せるよう無理のない計画を立て実施します。 また、事業の実施にあたっては、関係市区町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。
職員への研修の 実 施 状 況	採用時研修（採用時 2 ヶ月以内に実施） 継続研修（年 4 回以上実施）

3 事業所の職員体制

職 種	従事する業務内容	職 員 数
管理者	従業者に対する技術指導・請求業務・シフト管理・雇用全般	常勤・兼任 1名
児童発達支援管理責任者	個別支援計画の作成 療育相談業務	常勤・兼任 1名
児童指導員または保育士	療育訓練	2名以上

4 事業所が提供するサービスと利用料及び支払方法

(1) 「個別支援計画」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」を作成しサービスを提供します。「個別支援計画」は、市区町村が決定した支給量（受給者証に記載してあります。）と利用児童及び保護者の意向や利用児童の心身の状況などを踏まえて、具体的なサービス内容や利用児童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、保護者に事前に説明し、同意をいただくとともに保護者の申出により、いつでも見直すことができます。

【利用児童に対するサービスの内容】

- (1) 日常生活における基本動作の訓練
- (2) 集団生活への適応訓練
- (3) 遊びの方法
- (4) その他利用児童の発達に必要な訓練

(2) 利用料と支払方法

上記サービスに対しては、障害児通所給付費が支給されます。障害児通所給付費は当事業所が保護者の委任により代理受領しますので、保護者から受給者証の記載内容に基づき利用料（利用者負担額）をお支払いいただきます。

- ① 療育活動での公共施設利用にかかる実費（都度、内容の説明をいたします。）
- ② おやつ・創作材料代（1回 100円）

利用料お支払いは、1か月単位で計算し翌々月の20日頃までにご請求いたします。ご指定の口座より毎月26日に自動引落を行います。25日までに入金のご準備をお願いいたします。（26日が休日の場合は平日の翌日）

障害児通所給付費の内訳については下記一覧表にて明記いたします。

* 内訳内容が変更になった場合は別紙にて変更内容をお知らせいたします。

＜利用負担額の上限等について＞

障害児通所支援サービス利用者負担額は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利用者負担額は変わることがあります。当事業所が代理受領を行った障害児通所給付費額は、保護者に通知します。

(3) 利用の中止、変更、追加

保護者は、利用予定日の前に「個別支援計画」で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。

市区町村が決定した「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。

サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により保護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保護者に提示するなど必要な調整をいたします。

5 サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 通所給付決定を受けた方で当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。
当事業者のサービス提供に係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契約を締結し個別支援計画を作成して、サービスの提供を開始します。
契約の有効期間は通所給付期間と同じです。
ただし引き続き給付決定を受け保護者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- 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や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

6 契約の終了

- 1 保護者は、30日以上予告期間をおいて文書で事業者へ通知することによりこの契約を解約することができます。ただし、次の事由に該当する場合には、保護者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) 事業者が正当な理由なくサービスを提供しないとき。
- (2) 事業者が守秘義務に違反したとき。
- (3) 事業者が社会通念に逸脱する行為を行ったとき。

- 2 事業者は、やむを得ない事情がある場合には、保護者に対し30日間の予告期間をおいて理由を示した文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

- (1) 利用児童が医療機関に入院し、明らかに契約期間以内に退院出来る見込みがない場合。
- (2) 利用児童又は保護者がこの契約を継続し難いほどの不信行為を行ったと認めるとき。
- (3) 天災、災害その他やむを得ない理由により施設を利用させることが出来ない場合。
- (4) 保護者が事業者へ支払うべきサービス利用料金を2ヶ月以上滞納し、期限を定めて再三催告したにもかかわらず、その期限までにサービス利用料の支払いがないとき。
- (5) 利用児童が死亡した場合。

7 サービスの利用に関する注意事項

(1) 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」など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当事業所にお知らせください。また、当事業所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。
また、通所の際は、受給者証をご提示ください。

(2) 通所の原則

事業所への通所は保護者の送迎もしくは当事業所による送迎サービスにおいて行います。
(※上記以外の通所については別紙同意書備考欄にて確認を行うものとします)
保護者の方についても指導訓練や季節行事等へご参加していただく場合がございます。

8 サービス実施の記録

(1) サービス実施記録の確認

当事業所では、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出ください。なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、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

当事業所では、関係法令及び個人情報保護法に基づいて利用児童の記録や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。

9 緊急時の対応方法

サービス提供中に利用児童の容態に急変が生じた場合、その他必要な場合は、救急車の要請や速やかに保護者に連絡する等の措置を講ずるとともに協力医療機関又は保護者の指定する機関での診療を依頼します。

【協力医療機関】

医療機関名 (医師名)	本村医院 院長：本村 智子
医療機関所在地 (電話番号)	〒216-0002 神奈川県川崎市宮前区東有馬5-24-1 TEL 044-870-0233

【ご家族等緊急連絡先】

氏名（続柄）		
連絡先		

10 損害賠償保険への加入

当事業所は、下記の損害賠償に加入しています。

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険
補償の概要	業務遂行上の過失により利用者に損害を与え、法律上の対外賠償責任が生じた場合に損害を補償します。

1 1 苦情の受付

もえぎのクローバー センター北えきまえ	受付時間	月～土曜日 午前 10 時 30 分～午後 6 時 00 分 (休み：日、12 月 30 日から 1 月 3 日)
	受付方法	電話 045-530-0288
横浜市こども青少年局障 害児福祉保健課	受付時間	月～金曜日 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 (休み：土・日・祝、12 月 29 日から 1 月 3 日)
	受付方法	電話 045-671-4274 (直通)
神奈川県福祉子どもみら い局福祉部障害福祉課	受付時間	月～金曜日 午前 9 時 00 分～午後 5 時 00 分 (休み：土・日・祝、12 月 29 日から 1 月 3 日)
	受付方法	電話 045-210-4713
横浜市社会福祉協議会	受付時間	月～金曜日 午前 8 時 45 分～午後 5 時 15 分 (休み：土・日・祝、12 月 29 日から 1 月 3 日)
	受付方法	電話 045-201-2096

1 2 虐待の防止について

当該事業所は、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 管理者 青山 覚
- ② 研修等を通じて、事業所従事者の人権意識の向上や知識・技術の向上に努めます。
- ③ 事業所従事者が支援にあたっての悩みや苦労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 事業所従事者又は保護者（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報します。

1 3 個人情報の保護について

当該事業所は、利用児童等の個人情報適切に取り扱うことは本サービスに携わるものの重大な責務と考え、事業所が保有する利用児童等の個人情報に関し、適正かつ適切な取扱いに努めるとともに広く社会からの信頼を得るため、自主的なルール及び体制を確立し、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ます。

- ① 当該事業所の従事者は個人情報保護法等の規定に基づき、正当な理由なくその業務上知り得た利用児童及びご家族の秘密を漏らしません。
- ② 当該事業所の従事者であったものは、正当な理由なくその業務上知り得た利用児童及びご家族の秘密を漏らしません。
- ③ 当該事業所では利用児童の医療上緊急の必要がある場合又は、サービス担当者会議等が必要がある場合に限りあらかじめ利用児童もしくはご家族からの文書による同意を得た上で必要な範囲内で利用児童又はご家族の個人情報を用います。
- ④ 当該事業所が委託をする医療・介護関係事業者は、業務の委託にあたり、個人情報保護法と厚生労働省ガイドラインの趣旨を理解し、それに沿った対応を行う事業者を選定、かつ個人情報に係る契約を締結した上で情報提供を行い、委託先への適切な監督をします。

1 4 身体的拘束廃止の取り組みについて

利用児童又はその他の利用児童等の生命・身体を保護するためやむをえない場合を除き、身体的拘束その他利用児童の行動を制限する行為はいたしません。

1 5 契約の解約、終了

契約は有効期間であっても、ご契約者から利用契約を解約することができます。

その場合には、契約終了を希望する日の30日前までに解約届出書をご提出ください。

解約料は徴収いたしません。

事業者からの解約はやむを得ない場合のみとし1ヶ月以上の期間をおき、理由を通知します。

1 6 契約内容の変更について

軽微な内容の変更は、当該変更内容につき事前に別紙を配布することにより、変更できるものといたします。

重要な内容の変更は、当該変更内容につき事前に双方の協議の上、別途、書面により覚書を締結することにより、変更できるものといたします。

1 7 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。

西暦 年 月 日

放課後等デイサービス利用にあたり、保護者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明し同意を得、交付しました。

事業者 所在地 神奈川県横浜市西区平沼 1-1-3 合人社高島橋ビル 6F
名称 クローバー・ワン株式会社
代表取締役 船木 拓志 (印)

事業所 (説明者)
(役 職) 管理者
氏 名 青山 覚 (印)

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける放課後等デイサービスの重要な事項について、事業者から説明を受け同意し交付を受けました。

保護者 氏 名 (印)

住 所