

障害児通所支援事業所 トウインクルズ

児童発達支援 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^注の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、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。

当事業所では、利用者に対して児童発達支援を提供します。
上記サービスを利用できるのは、障害児通所給付費の支給決定を受けた方です。

注) 社会福祉法第76条：社会福祉事業の経営者は、その提供する福祉サービスの利用を希望する者からの申込みがあった場合には、その者に対し、当該福祉サービスを利用するための契約の内容及びその履行に関する事項について、説明するよう努めなければならない。

1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団
法 人 所 在 地	熊本県熊本市西区花園7丁目19番1号
連 絡 先	(TEL) 096-273-7506 (FAX) 096-223-8220
代 表 者 氏 名	理事長 田端 高志
法人の設立年月日	昭和57年3月

2. 事業所の概要

事 業 所 の 種 類	指定児童発達支援
事 業 所 の 名 称	障害児通所支援事業所 トウインクルズ
事 業 所 の 所 在 地	熊本県熊本市北区徳王町870番地
連 絡 先	(TEL) 096-274-5180
管 理 者 氏 名	大森 修
児童発達支援管理責任者	児玉 涼平
指 定 年 月 日	令和7年3月1日
事 業 所 番 号	4350102887
設 備	発達支援室、サーキット室、相談室、事務所、静養室、更衣室、多目的トイレ（シャワー付）
自己評価の実施	年1回保護者と職員による評価を実施し、結果を事業所内掲示とホームページにて公開します。

3.事業の目的及び運営方針

(1) 目的

社会福祉法人 熊本市社会福祉事業団（以下「事業者」という。）が設置する障害児通所支援事業所トゥインクルズ（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「指定障害児通所支援」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、指定障害児通所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6第1項に規定する支給決定を受けた障害児の保護者を言う。以下「保護者」という。）の意思及び人格を尊重し、障害児及び保護者（以下「障害児等」という。）の立場に立った適切な指定障害児通所支援の提供を確保することを目的とする。

(2) 運営方針

- ① 障害児が日常生活における基本動作を習得し、及び集団生活に適応することができるよう、障害児等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支援を行うものとする。
- ② 事業所の職員は、障害児の意思及び人格を尊重して、常に当該障害児の立場に立った指定障害児通所支援の提供に努める。
- ③ 事業所の職員は、障害児の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに従業者に対し、研修を実施する等の措置を講じるよう努める。
- ④ 事業の実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、障害児の所在する市町村、他の指定障害児通所支援事業者、指定障害児相談支援事業者、指定特定相談支援事業者その他福祉サービス又は保健医療サービスを提供する者（以下「障害児通所支援事業者等」という。）との密接な連携に努める。
- ⑤ 事業の実施にあたっては、前3項のほか、法及び「熊本市指定通所支援の事業所の人数、設備及び運営に関する基準を定める条例」（平成24年条例第96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実施するものとする。

4.営業時間とサービス提供時間、利用定員

営 業 日	月曜日～土曜日 ※ただし、日曜に被る祝日、年末年始（12月29日から1月3日）は除く。		
営 業 時 間	児童発達支援	8：45～17：30	
サービス提供時間	児童発達支援	単位①	9：30～11：10
		単位②	14：30～16：10
		単位③	9：30～14：30
利 用 定 員	児 童 発 達 支 援：10名		
主 たる 対 象 者	主に就学前の障がいのあるこども又はその可能性のあるこども		

※自然災害等、又は業務の都合により変更になる場合があります。

5.職員の体制

(1) 各職種の職務内容

職種	業務内容
管 理 者	職員及び業務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指定通所支援事業の実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。
児童発達支援管理責任者	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月に1回以上見直しを行います。利用者又はその家族に対する相談及び援助並びに他の職員に対する技術指導及び助言を行います。
保 育 士 児 童 指 導 員	個別支援計画に基づき、利用者および保護者に対し適切に支援・指導等を行います。
機能訓練指導員	個別支援計画に基づき、利用者および保護者に対し適切に専門的な支援・指導等を行います。

(2) 職員の配置

職種	常勤	非常勤	兼務・専従
管 理 者	1名		兼務
児童発達支援管理責任者	1名		
保育士・児童指導員	2名以上		
機能訓練指導員	1名		兼務
事務員	1名		兼務

6.サービスの内容

すべてのサービスは「個別支援計画」に基づき、一人ひとりに合った療育を行います。

児童発達支援	個々の状態や発達状況、特性等に応じた発達上のニーズに合わせて本人への発達支援（本人支援）を行うほか、こどもの発達の基盤となる家族への支援（家族支援）を行います。また、全てのこどもが共に成長できるよう、こどもが可能な限り、地域の保育、教育等を受けられるように支援（移行支援）を行うほか、こどもや家庭に関わる関係機関と連携を図りながら、こどもや家族を包括的に支援（地域支援・地域連携）します。
送 迎 支 援	ご希望により事業所の所有する車両にて、お子さんの自宅または所属先へ送迎します。（地域指定有）
実 施 地 域	熊本市北区を中心に行う他、西区、中央区等の一部

※送迎支援…ニーズによって片道30分の範囲内で送迎をします。ただし、送迎職員や送迎車両の確保が困難な場合はお断りすることがあります。

尚、シートベルト使用（チャイルドシート・ジュニアシートを含む）にて、車に乗れる習慣のついていることが前提です。

7.利用料金と支払方法

利 用 者 負 担 額	・ サービス料金は厚生労働大臣が定める基準により算定した費用の額となります。（児童福祉法第21条の5の2第4項）※法改正により変動します ・ 通常、サービス利用料金の9割が障害児通所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を代理受領する場合には、保護者は利用者負担金としてサービス利用料金の1割を事業者にお支払いいただきます（同法第21条の5の7第11項） ・ 代理受領を行わない場合は、利用者は全額負担となります。 ※定期的な法改正により単価が変更する場合は、別途負担額表を配布し周知いたします。
月 額 上 限	1カ月あたりの利用者負担額については、利用者が属する世帯の収入資産に応じて月額上限額が設定され、それを超えて負担する必要はありません。 ※詳しくはお住まいの市町村の障害福祉課にお問い合わせください。
そ の 他 料 金	サービス提供に要する費用のうち、給付費支給の対象でないものは、実費をいただくことがあります。（おやつ、創作活動、レクリエーション活動等） また教材費として毎月300円徴収いたします。
お 支 払 い 方 法	料金は1カ月ごとに計算して請求するため、利用翌月末日までに保護者に納入通知書を通知します。費用は毎月28日に下記の金融機関からの口座振替となります。 ※ご利用できる金融機関：肥後銀行

8.利用の中止、変更、追加

- （1）サービスの中止、変更は利用日の3営業日前までにご連絡ください。
- （2）利用者の急な体調不良等やむを得ない理由で、利用予定の3営業日前以後になって中止の申し出をされた場合は、一月に4回まで欠席時対応加算が算定されます。
例） 3営業日前 → 前々日 ・ 前日 ・ 利用日
→ 3営業日前以後は加算が算定されます。
- （3）当日のキャンセルにつきましては朝8時30分までにシステム(HUG)にてご連絡をくださいますようお願いいたします。
連絡先：096-274-5180
- （4）利用日までに連絡が無く欠席された場合は、取消料として利用料の利用者負担相当額をお支払いいただく場合があります。
- （5）利用者が新型コロナウイルス、インフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師及び保健所が判断した場合にはサービスは利用できません。原則として、園（学校）の通園（学）基準に沿ったサービスを提供しています。
- （6）利用当日に、利用者の体調不良等の理由で予定されていたサービスが実施できない場合には、利用者の同意を得て、サービスの変更を行います。その場合、事業者は

変更したサービスの内容と時間に応じた利用料金を請求します。

- (7) サービスの変更・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等の必要な調整をします。
- (8) 市町村が決定した「支給量」及び当事業所の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。

9. サービス提供に関する秘密保持

- (1) 当事業所は、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持します。
- (2) 当事業所の職員でなくなった後においても、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持すべき旨を雇用契約において定めます。
- (3) 市町村に通所給付費等の請求をするため、利用者又はその家族の個人情報を利用することに同意していただきます。
- (4) 当事業所は、他の障害福祉サービス事業者等に対して、利用者に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により保護者又は家族の同意を得ます。

10. 情報の管理・開示

- (1) 当事業所は、サービス提供に関する諸記録を整備し、事業を提供した日から5年間保存します。
- (2) 関係法令に基づいて、利用者または保護者の求めに応じてその内容の閲覧や複写いたします。
※ただし、土・日・国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月28日から翌年1月3日までの日を除きます。

11. 緊急時・非常災害の対策

非常時の対策	トウインクルズの防災及び非常災害時対応マニュアルより対応します。
防災訓練	安全計画により、2～4カ月に1回避難・防災訓練を実施いたします。
防災設備	誘導灯、非常灯、防犯カメラ、火災報知器、消火器、総合盤 ※カーテン等の衣類は防火性のあるものを使用しております。
事故等	サービス提供により事故が発生した場合は、当該利用者の家族、当該利用者に係わる主治医および指定障害児通所支援事業所の医療・福祉・行政機関に必要な応じた報告と連絡を行うとともに、事故の状況および事故に際してとった処置を記録し、その原因を解明し再発防止策を講じます。また、賠償すべき事故が発生した場合には、損害賠償を速やかに行います。ただし、自らの責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。
協力医療機関	おがた小児科・内科医院 熊本託麻台リハビリテーション病院

1 2. 苦情・相談の受付

当事業所に対する苦情や相談は、苦情・相談窓口で受け付けます。

事業所受付	責任者： 管理者 大森 修 受付担当者： 児童発達支援管理責任者 児玉 涼平 連絡先： 事務所 (096-274-5180) 受付時間： 平日 9:00～17:30 ※ただし、土、日、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び12月28日から翌年1月3日までの日を除きます。 ※玄関入り口にご意見箱を設置しています。1カ月以内に数回ご意見箱を確認していますので、必要な際はご利用ください。
行政機関 その他受付機関	お住まいの地域窓口にご連絡ください。 ・熊本市役所障がいサービス課 所在地：熊本市中央区大江 5-1-1 電話番号：096-361-2588 受付時間：8時30分～17時15分 ・熊本県福祉サービス運営適正化委員会 所在地：熊本市中央区南千反畑町 3-7 熊本県総合福祉センター（熊本県社会福祉協議会内） 電話番号：096-324-5471 受付時間：9時～17時

1 3. 虐待の防止および身体拘束の禁止について

当事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るために、虐待防止および身体拘束に関する責任者を設置し、苦情解決体制の整備を行うとともに、職員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。

虐待防止・身体拘束に関する責任者	大森 修
------------------	------

1 4. 第三者評価の実施について

第三者評価の実施状況（有 ・ **無**）

実施年月日

評価機関

評価結果

1 5. 当事業所をご利用の際に留意いただく事項

（1）通所受給者証の確認

- ・市町村が決定した障害児通所支援の範囲内で、契約したサービスを提供します。
- ・受給者証の変更または更新があった場合は、速やかに申し出てください。
- ・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。

（2）設備・器具の使用

- ・事業所内の設備や器具は本来の用法に従ってご利用ください。これに反したご利用

により破損等が生じた場合は弁償していただくことがあります。

(3) 貴重品の管理

- ・利用者の所有する貴重品につきましては、ご自身の責任において管理していただくことが原則です。紛失等の事故に対する責任は、事業所で負うことはできません。

(4) 政治・宗教・営利活動

- ・利用者の思想、信教は自由ですが、他の利用者や職員に対する政治活動、宗教活動、営利活動はご遠慮ください。

(5) 衛生保持

- ・事業所内の清潔、整頓、その他環境衛生の保持にご協力ください。

重要事項の説明確認

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、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 障害児通所支援事業所 トゥインクルズ

説明者役職：職

氏名

印

私は、本書面にもとづいて事業者から重要事項の説明を受け、指定障害児通所支援事業所トゥインクルズが実施する指定児童発達支援の提供及び利用の開始に同意しました。

使用者（保護者）

住所： _____

氏名： _____ 印

続柄： _____

利用者（児童）

住所： _____

※保護者と同じ場合は「同上」とご記入ください。

氏名： _____