

セカンドハウス 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	株式会社セカンドハウス
法 人 所 在 地	京都市伏見区桃山町松平筑前 10 番地 14 筑前ビル 2 階
電 話 番 号	0 7 5 - 6 3 4 - 8 6 3 9
代 表 者 氏 名	代表取締役 柴田 甲子美
設 立 年 月	平成 28 年 3 月 15 日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定放課後等デイサービス
事業所の名称	セカンドハウス
事業所の所在地	京都市伏見区桃山町松平筑前 10 番地 14 筑前ビル 2 階
連絡先	電話：075-634-8639 FAX：075-634-8615
管理者氏名	柴田 甲子美
児童発達支援 管理責任者	柴田 甲子美
主たる対象者	障害児（18 歳未満の身体障害者、知的障害者、精神障害者及び難病等対象者（発達障害児を含む））
定 員	10 人
指 定 年 月 日	平成 28 年 6 月 1 日
事業所番号	京都市 第 2650900422 号
事業所が行なっている他のサービス	なし

3. 事業の目的及び運営方針

事業の目的	株式会社セカンドハウス（以下「事業者」という。）が設置するセカンドハウス（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放課後等デイサービス（以下「指定放課後等デイサービス」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、指定放課後等デイサービス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の意思及び人格を尊重し、障害児及び障害児の保護者の立場に立った適切な指定放課後等デイサービス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、障害児が生活訓練の向上のために必要な訓練を行い、及び社会との交流を図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します。 ② 指定放課後等デイサービスの実施に当たっては、地域及び家族との結び付きを重視し、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、障害福祉サービス事業者、指定障害児入所施設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ものとします。 ③ 前二項のほか、児童福祉法及び京都市児童福祉法に基づく事業及び施設の人員、設備及び運営の基準等に関する条例に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定放課後等デイサービスを実施するものとします。
--	--

4. 通常の事業の実施地域

京都市伏見区

5. 営業時間とサービス提供時間

営業日 及び 営業時間	月曜日から土曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日まで及び8月13日から8月16日までを除く。 午前10時半から午後6時半(土曜・祝日・長期休暇 午前10時から午後6時)
サービス提供日 及び サービス提供時間	月曜日から土曜日までとする。ただし、12月29日から1月3日まで及び8月13日から8月16日までを除く。 ② 月～金(平日) 11時から午後5時30分 ②土曜・祝日・長期休暇 午前10時30分から午後5時00分

6. 職員の体制

職種	業務内容
管 理 者	常勤1名 管理者は、職員の管理、放課後等デイサービス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、事業所の職員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。
児 童 指 導 員	常勤2名以上、非常勤3名以上 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。
その他の従業者	0名 児童指導員とともに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。

当事業所では、厚生労働省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職員として、上記の職種の職員を配置しています。

7. 設備の概要

設 備 の 種 類	個数	備考
指 導 訓 練 室	1	
ト イ レ	1	
相 談 室	1	

8. サービスの内容

- (1) 放課後等デイサービス計画の作成
- (2) 日常生活訓練 日常生活動作、歩行、軽スポーツ、音楽活動等
- (3) 集団生活適応訓練 会話、療育ゲーム、コミュニケーション講座、そろばん教室、パソコン操作等
- (4) 創作的活動 絵画、工作、園芸等
- (5) 更生相談 医療、福祉、生活の相談等
- (6) 介護方法の指導 家族等に対する介護技術指導等
- (7) 健康指導 健康チェック、健康相談
- (8) 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、又は学校から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、本事業所のサービス管理責任者が作成し説明を行い、利用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斟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斟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、利用者から徴収するものとします。
 - (ア) 創作活動に係る材料費 １回につき実費（300 円程度）
 - (イ) 課外活動に係る移動費 １回につき実費（300～500 円程度）
 - (ウ) おやつ代 １食あたり 100 円
 - (エ) 連絡ノート代（キャプス リトム複写式） 300 円
 - (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 ヶ月ごとに計算して請求しますので、毎月 5 日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。

① 当事業所の窓口で現金支払い

② 指定口座への振込み

【金融機関】三井住友銀行 伏見支店 【口座番号】普通口座 1 7 1 9 4 5 2

【口座名義】株式会社セカンドハウス 代表取締役 柴田甲子美

10. サービス利用に当たっての留意事項

障害児及び通所給付決定保護者は、サービスの利用に当たっては、次に規定する内容に留意して下さい。保護者の方々のご協力をよろしくお願いします。

- (1) 備品等を大切に扱います。

(2) 職員の指導には素直に従いましょう。

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 柿本 渚
-------------	----------

(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。

(5) 虐待防止委員会の設置及び開催

12. 身体拘束について

事業所は、利用者の尊厳と主体性を尊重し、拘束を安易に正当化することなく、職員一人ひとりが拘束廃止に向けた意識を持ち身体拘束をしない療育の実施に努め、下記の対策を講じます。

(1) 身体拘束に関する責任者を選定しています。

身体拘束に関する責任者	管理者 柿本 渚
-------------	----------

(2) 身体的拘束適正化委員会を設置しています。

(3) 従業者に対する身体拘束の研修の実施

13. 緊急時の対応

現に児童発達支援の提供中に利用者の病状の急変、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：	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	医療法人西村医院	診療科	内科
所在地	京都市伏見区深草大亀谷万帖敷町 90		
代表者	院長 西村 茂	電話番号	075-645-0747

14. 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・防災訓練を利用者全員で行います。
防火管理者	柿本 渚

15. 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 11 時から午後 6 時です。

16. 秘密の保持

職員は、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、職員であった者に業務上知りえた利用者又はその家族の秘密を保持させるため、職員でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を職員との雇用契約の内容とします。

17. 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 柴田 甲子美
	苦情解決責任者	代表取締役 柴田 甲子美
	受 付 日	月曜日から土曜日。ただし、12 月 29 日から 1 月 3 日まで及び 8 月 13 日から 16 日までを除く。
	受 付 時 間	午前 10 時から午後 7 時
	電 話 番 号	0 7 5 - 6 3 4 - 8 6 3 9
	F A X 番 号	0 7 5 - 6 3 4 - 8 6 1 5

(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、行政機関又は京都府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。

京都市子ども若者はぐくみ局子ども若者未来部子ども家庭支援課	所 在 地	京都市中京区烏丸通御池下る虎屋町 566-1 井門明治安田生命ビル 2 階
	受 付 日	月曜日から金曜日
	受 付 時 間	午前 9 時から午後 5 時
	電 話 番 号	075-746-7625
	F A X 番 号	075-251-1133
第二児童福祉センター	所 在 地	京都市伏見区深草加賀屋敷町 24-26
	受 付 日	月曜日から金曜日
	受 付 時 間	午前 8 時 30 分から午後 5 時
	電 話 番 号	075-612-2727
	F A X 番 号	075-612-2888
介護・福祉サービス 第三者評価等支援機構	所 在 地	京都市中京区竹屋町通烏丸東入る清水町 375 ハートピア 京都 5 階 京都府社会福祉協議会内
	受 付 日	月曜日から金曜日
	受 付 時 間	午前 9 時から午後 5 時
	電 話 番 号	075-252-2152
	F A X 番 号	075-212-2450

※現在のところ第三者評価は未実施

18. 事故発生時の対応

事業者は、事故が発生した場合は、県、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 株式会社損保ジャパン

(2) 損害保険の種類 ウォームハート（介護事業者向け賠償責任保険）

(3) 損害保険の内容

① 死亡保険金

② 後遺症保険金

19. 利用料金

		サービス料金
放課後等デイサービス (時間区分3は学校休業日のみ算定)	時間区分1(30分以上1時間30分以下)	574単位/日
	時間区分2(1時間30分超3時間以下)	609単位/日
	時間区分3(3時間超5時間以下)	666単位/日
延長支援加算	1時間以上2時間未満	92単位/日
	2時間以上	123単位/日
	30分以上1時間未満	61単位/日
児童指導員等加配加算	常勤専従・経験5年以上	75～187単位/日
	常勤専従・経験5年未満	59～152単位/日
	常勤換算・経験5年以上	49～123単位/日
	常勤換算・経験5年未満	43～107単位/日
専門的支援体制加算	専門的な支援の強化を図るため、基準の人員に加えて理学療法士等の配置している場合	49～123単位/日
専門的支援実施加算 (月2回～最大月6回を限度)	理学療法士等(理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・保育士・児童指導員)により、個別・集中的な専門的支援を計画的に行った場合	150単位/回
関係機関連携加算	(Ⅰ) 保育所や学校等との個別支援計画に関する会議を開催し、連携して個別支援計画を作成等した場合(月1回を限度)	250単位/回
	(Ⅱ) 保育所や学校等との会議等により情報連携を行った場合(月1回を限度)	200単位/回
	(Ⅲ) 児童相談所、医療機関等との会議等により情報連携を行った場合(月1回を限度)	150単位/回
	(Ⅳ) 就学先の小学校や就職先の企業等との連絡調整を行った場合(1回を限度)	200単位/回
事業所間連携加算 (月1回を限度)	(Ⅰ) コーディネートの中核となる複数事業所として、会議を開催する等により事業所間の情報連携を行うとともに、家族への助言援助や自治体との情報連携を行った場合	500単位/回
	(Ⅱ) (Ⅰ)の会議に参画する等、事業所間の情報連携を行い、その情報を事業所内で共有するとともに、必要に応じて個別支援計画の見直しを行うなどにより支援に反映させた場合	150単位/回

通所自立支援加算 (算定開始から3月を限度)	学校・居宅等と事業所間の移動について、自立して通所が可能となるよう、職員が付き添って計画的に支援を行なった場合	60 単位／回
自立サポート加算 (月2回を限度)	高校生(2年生・3年生に限る)について、学校卒業後の生活に向けて、学校や地域の企業等と連携しながら、相談援助や体験等の支援を計画的に行なった場合	100 単位／回
送迎加算(重症心身障害を支援する事業所以外)		54 単位／回
強度行動障害児支援加算	(Ⅰ) 児基準20点以上 (Ⅱ) 児基準30点以上	200 単位／日 250 単位／日
集中的支援加算	強度行動障害を有する児者の状態が悪化した場合に、広域的支援人材が指定障害者支援施設、共同生活援助事業所等を訪問し、集中的な支援を行なった場合3月以内の期間に限り1月に4回を限度として所定単位数を加算	1000 単位／日
個別サポート加算(Ⅰ)	① ケアニーズの高い障害児に対して支援を行なった場合 ② ケアニーズに高い障害児に対して強度行動障害養成研修終了者を配置し支援を行なった場合。又は著しく重度の障害児に対して支援を行なった場合(いずれも主として重症心身障害児が利用する事業所の基本報酬を算定している場合を除く。)	90 単位／日 120 単位／日
個別サポート加算(Ⅱ)	要保護児童・要支援児童に対し、児童相談所やこども家庭センター等と連携(支援の状況等を6月に1回以上共有)し支援を行なった場合	150 単位／日
個別サポート加算(Ⅲ)	不登校の状態にある障害児に対して、学校との連携の下、家族への相談援助等を含め、支援を行なった場合	70 単位／日
家庭支援加算(月4回を限度)	(Ⅰ) 入所児童の家族(きょうだい含む)に対して個別に相談援助等を行なった場合 居宅を訪問(所要時間1時間以上) (所要時間1時間未満) 事業所で対面 オンライン (Ⅱ) 入所児童の家族(きょうだい含む)に対してグループでの相談援助等を行なった場合 事業所で対面 オンライン	300 単位／回 200 単位／回 100 単位／回 80 単位／回 80 単位／回 60 単位／回
子育てサポート加算 (月4回を限度)	保護者に支援場面の観察や参加等の機会を提供した上で、こどもの特性や、特性を踏まえたこどもへの関わり方等に関して相談支援等を行なった場合	80 単位／回

保育・教育等移行支援加算	・退所前に移行に向けた取り組み（※）を行った場合（2回を限度） （※）移行先への助言援助や関係機関等との意向に向けた協議等	500 単位／回
	・退所後に居宅等を訪問して相談支援を行なった場合（1回を限度）	500 単位／回
	・退所後に保育所等を訪問して助言・援助を行った場合（1回を限度）	500 単位／回
欠席時対応加算Ⅰ（月4回を限度）		94 単位／日
利用者負担上限額管理加算（月1回を限度）		150 単位／回
福祉・介護職員処遇改善加算（新加算Ⅲ）		12.1%

※1単位＝10.6円

※上記のうち、該当する項目の利用日数に応じたサービス料金の1割が利用者負担額になりますが、利用者世帯の収入状況に応じて市町村が定めた利用者負担上限月額が各月の上限になります。

・利用者負担上限額表

市民税所得割額による区分		上限金額（食費なし）	
		国	市
生活保護受給世帯		0 円	
市民税非課税世帯			
市 民 税 課 税 世 帯	均等割のみ課税世帯	4, 600 円	0 円
	所得割 28 万未満		2, 300 円
		所得割 28 万以上	37, 200 円

令和 年 月 日

指定放課後等デイサービス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ないました。

事業所名称：セカンドハウス

管理者名：柴田 甲子美

説明者名： 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定放課後等デイサービス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。

利用者名：

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：