

重要事項説明書 (児童発達支援)

この「重要事項説明書」は、利用者のサービス選択のために、社会福祉法第76条及び「大阪府指定障害児通所支援事業者の指定並びに指定障害児通所支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準を定める条例（平成24年大阪府条例第104号）」第13条の規定に基づき、当事業所の概要や提供するサービスの内容、契約を締結する前に知っておいていただきたいことを事業者が説明するものです。

1 指定児童発達支援を提供する事業者について

| | |
|----------------|--|
| 事業者名称 | 株式会社ワイズライン |
| 代表者氏名 | 代表取締役 山崎 貴峰 |
| 本社所在地 (連絡先) | 大阪府池田市石橋2丁目14番11号 電話番号：072-737-5785 ファックス番号：072-760-4301 |
| 法人設立年月日 | 平成26年7月18日 |

2 ご利用者への指定児童発達支援を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

| | |
|---------------|---|
| 事業所名称 | やわらソレイユ |
| サービスの主たる対象者 | 重症心身障がい児 |
| 事業所番号 | 児童発達支援 2752520060 |
| 管理者 | 岡本 由美子 |
| 児童発達支援管理責任者 | 岡本 由美子 |
| 事業所所在地 | 大阪府池田市石橋2丁目14番11号1階 |
| 連絡先 相談担当者名 | 電話番号：072-760-4302 ファックス番号：072-760-4301 相談担当者 岡本 由美子 |
| 通常の事業実施地域 | 池田市・箕面市・豊中市 |
| 事業所が行う他のサービス | 放課後等デイサービス・保育所等訪問支援・生活介護 |
| 利用定員 | 5名 |
| 開設年月日 | 平成27年4月1日 |

(2) 事業の目的および運営方針

| | |
|-------|---|
| 事業の目的 | 障がい児及び障がい児の保護者の意思及び人格を尊重し、障がい児及び利用者の立場に立っ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 | 利用者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應することができるよう、事業所において、適切かつ効果的な支援を行うものとします。 |

(3) 営業日及び営業時間

| | |
|------|-----------------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日まで及び祝日（12月29日から1月3日までを除く） |
| 営業時間 | 午前11時から午後5時まで |

(4) サービス提供可能な日と時間帯

| | |
|----------|-----------------------------------|
| サービス提供日 | 月曜日から土曜日まで及び祝日（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 11 時から午後5時まで |

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

| | |
|------|-----------------------|
| 構造 | 鉄骨造 |
| 敷地面積 | 471.66 m ² |
| 延床面積 | 158.44 m ² |

(2) 設備

【1階部分】

| 設備の種類 | 面積 | 備考 |
|---------|-----------------------|--------------------------|
| 発達支援室 | 100.12 m ² | 療育及び機能訓練等を行っています。 |
| 相談室・静養室 | 6.77 m ² | 相談業務等を行っています。 |
| 事務室 | 8.70 m ² | 給付費請求業務等を行っています。 |
| 多目的室 | 6.27 m ² | 更衣室及び休憩室として使用しています。 |
| 脱衣所 | 20.88 m ² | 利用者用トイレ及び汚物処理設備を設置しています。 |
| 入浴室 | 12.29 m ² | 電動ストレッチャー付特殊浴槽を設置しています。 |
| トイレ | 1.69 m ² | 職員用トイレを設置しています。 |
| 倉庫 | 1.72 m ² | 備品等を保管しています。 |

【2階部分】

| 設備の種類 | 面積 | 備考 |
|-------|----------------------|-------------------|
| 発達支援室 | 34.33 m ² | 療育及び機能訓練等を行っています。 |
| 相談室 | 7.24 m ² | 相談業務等を行っています。 |
| 静養室 | 7.39 m ² | 安静を目的として使用しています。 |
| トイレ | 5.67 m ² | 職員用トイレを設置しています。 |
| 倉庫 | 3.47 m ² | 備品等を保管しています。 |

4 職員体制等について

| 職種（人員数） | 職務内容 |
|-------------------|--|
| 管理者（1名） | 管理者は、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必要な指揮命令を行います。 |
| 児童発達支援管理責任者（1名以上） | ①適切な方法により、障がい児について、その有する能力、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて通所給付決定保護者及び障がい児の希望する生活並びに課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行うとともに、障がい児の年齢及び発達の程度に応じて、その意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮され、心身ともに健やかに育成されるよう障がい児の発達を支援する上での |

| | |
|---------------------|---|
| | <p>適切な支援内容の検討をします。</p> <p>②アセスメントに当たっては、通所給付決定保護者及び障がい児に面接し、この場合において、面接の趣旨を通所給付決定保護者及び障がい児に対して十分に説明し、理解を得ます。</p> <p>③アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意向、障がい児に対する総合的な支援目標及びその達成時期、生活全般の質を向上させるための課題、5領域との関連性及びインクルージョンの観点を踏まえた指定児童発達支援の具体的内容、指定児童発達支援を提供する上での留意事項その他必要な事項を記載した児童発達支援計画の原案を作成します。この場合において、障がい児の家族に対する援助及び当該指定児童発達支援事業所が提供する指定児童発達支援以外の保健医療サービスまたは福祉サービスとの連携も含めて児童発達支援計画の原案に位置付けるよう努めます。</p> <p>④児童発達支援計画の作成に当たっては、障がい児の意見が尊重され、その最善の利益が優先して考慮される体制を確保した上で、障がい児に対する指定児童発達支援の提供に当たる担当者等を招集して行う会議を開き、児童発達支援計画の原案について意見を求めます。</p> <p>⑤児童発達支援計画の原案の内容を通所給付決定保護者及び障がい児に対して説明し、文書により同意を得ます。</p> <p>⑥児童発達支援計画を通所給付決定保護者及び当該通所給付決定保護者に対して指定障がい児相談支援を提供する者に交付します。</p> <p>⑦児童発達支援計画作成後、児童発達支援計画の実施状況の把握（障がい児についての継続的なアセスメントを含む。）を行うとともに、少なくとも6か月に1回以上、児童発達支援計画の見直しを行い、必要に応じて児童発達支援計画を変更します。</p> <p>⑧他の従業者に対する技術的な指導及び助言を行います。</p> <p>⑨業務を行うに当たっては、障がい児が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、障がい児及び通所給付決定保護者の意思をできる限り尊重するよう努めます。</p> <p>⑩常に障がい児の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、障がい児またはその家族に対し、その相談に適切に応じるとともに、必要な助言その他の援助を行います。</p> |
| 保育士・児童指導員 (1名以上) | 通所支援計画に基づき、障がい児に対し適切に療育支援等を行います。 |
| 機能訓練担当職員 (1名以上) | 通所支援計画に基づき、障がい児に対し適切に機能訓練等を行います。 |
| 看護職員 (1名以上) | 通所支援計画に基づき、障がい児に対し適切に医療的支援等を行います。 |
| 嘱託医 (1名以上) | 障がい児等の心身の健康に関し健康相談を行うとともに、健康診断等を行います。 |
| 運転手 (1名以上) | 事業所の自動車を使用して、障がい児の自宅または学校と事業所との間の送迎のための自動車の運転を行います。 |
| 中核機能強化職員 (1名以上) | 自治体や地域の関係機関等との連携体制を確保しながら、障がい児と家族に対する専門的かつ包括的な支援等を行います。 |

5 提供するサービスの内容と料金および利用者負担額について

(1) 提供するサービスの内容

| サービスの種類 | サービスの内容 |
|-------------|---|
| 児童発達支援計画の作成 | 通所給付決定保護者及び障がい児の意向や心身の状況等のアセスメントを行い、生活全般の質を向上させるための課題や目標、支援の方針等を記載した児童発達支援計画を作成します。 |

| | |
|----------|--|
| 療育サービス | 潜在的な能力を引き出すための専門的な支援を行います。 |
| 医療サービス | 体調管理、人工呼吸器管理、喀痰吸引等の医療的ケアを行います。 |
| 介護サービス | 食事、排泄、更衣等の介助を行います。 |
| 機能訓練サービス | 日常生活を送るのに必要な機能の向上を図るための訓練を行います。 |
| 入浴サービス | 保護者の希望、障がい児の心身の状況に応じて入浴を行います。 |
| 送迎サービス | 事業所の所有する車両により、障がい児の自宅または学校と事業所との間の送迎を行います。 |

(2) サービス料金

【基本項目】

| 基本項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内容 |
|--------|----------|--------|-----------------|
| 児童発達支援 | 23,249 円 | 左記の1割 | 児童発達支援の基本利用料です。 |

【加算項目】

※事業所がとっている体制により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内容 |
|----------------------------|--------------------|--------|---|
| 児童指導員等 加配加算 | 4,080 円 | 左記の1割 | 常時見守りが必要な障がい児の支援や障がい児の家族等に対する障がい児への関わり方の助言を行う等支援の強化を図るために、指定基準に定める従業者の員数に加え、児童指導員等またはその他の従業者を配置している場合に、資格等の有無や経験年数、事業所の態様等に応じて、利用1日につき加算されます。 |
| 看護職員 加配加算 (Ⅱ) | 8,728 円 | 左記の1割 | 一定の基準を満たす重症心身障がい児を受け入れるための体制を確保し、重症心身障がい児やその家族の状況及びニーズに応じて、地域において必要な支援を受けることができるよう看護職員の加配を行っている場合、利用1日につき加算されます。 |
| 専門的支援 体制加算 | 2,694 円 | 左記の1割 | 指定基準に定める従業者の員数に加え、障がい児に対する専門的で個別的な支援を行う理学療法士等（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、一定の経験を有する保育士等）を配置している場合に、事業所の態様に依りて、利用1日につき加算されます。 |
| 福祉・介護職員等 処遇改善加算 (Ⅱ口) | 所定単位数の 155/1000 | 左記の1割 | 福祉・介護職員等の賃金改善等を実施している事業者において加算します。加算は、福祉・介護職員の賃金改善に充てられます。 |
| 中核機能強化 事業所加算 | 4,080 円 | 左記の1割 | 専門人材を配置して地域の関係機関と連携した支援の取組を進める等、地域の障がい児支援の中核的な役割を担っている場合、利用1日につき加算されます。 |

※事業所がとった対応の内容により、下表のとおり料金が加算されます。

| 加算項目 | 利用料 | 利用者負担額 | 内容 |
|----------------------|--|--------|--|
| 専門的支援 実施加算 | 1,636 円 | 左記の1割 | 理学療法士等により、個別・集中的な専門的支援を計画的に行った場合に加算されます。利用日数等に応じて月4回または月6回まで加算されます。 |
| 入浴支援加算 | 600 円 | 左記の1割 | 医療的ケア児または重度心身障がい児、発達支援をあわせて入浴支援を行った場合、月8回まで加算されます。 |
| 送迎加算 | 重心 医ケア(区分1) 436 円 医ケア(区分2) 医ケア(区分3) 872 円 | 左記の1割 | 事業所が医療的ケア児や重症心身障がい児に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。 |
| 利用者負担 上限額管理加算 | 1,636 円 | 左記の1割 | 通所給付決定保護者の依頼により、負担上限月額を超えて事業者が利用者負担額を徴収しないように、利用者負担額の徴収方法の管理を行った場合、1月につき加算されます。 |
| 欠席時対応加算 | 1,025 円 | 左記の1割 | 障がい児が急病等により利用を中止した場合に、連絡調整や相談援助を行った場合に加算されます。月4回まで加算されます。重症心身障がい児を支援する事業所において、定員充足率が80%未満の場合には月8回まで加算されます。 |
| 家族支援加算 (Ⅰ) (Ⅱ) | (Ⅰ) 居宅訪問(1時間以上) 3,273 円 居宅訪問(1時間未満) 2,182 円 事業所等対面 1,091 円 オンライン 872 円 (Ⅱ) 事業所等対面 872 円 オンライン 654 円 | 左記の1割 | (Ⅰ)障がい児の家族に対して個別に相談援助等を行った場合に加算されます。月2回まで加算されます。 (Ⅱ)障がい児の家族に対して個別に相談援助等を行った場合に加算されます。月4回まで加算されます。 |
| 子育て サポート加算 | 872 円 | 左記の1割 | 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援助等を行った場合に加算されます。月4回まで加算されます。 |

| | | | |
|--------------------------------------|--|---------|--|
| 関係機関連携加算 (Ⅰ) (Ⅱ) (Ⅲ) (Ⅳ) | (Ⅰ) 2,727 円 (Ⅱ) 2,182 円 (Ⅲ) 1,636 円 (Ⅳ) 2,182 円 | 左記の 1 割 | 関係機関と連携し個別支援計画の作成や情報共有、連絡調整等を行った場合に (Ⅰ)～(Ⅲ) は月 1 回まで、(Ⅳ) は 1 回算定されます。 (Ⅰ) 保育所、学校等と連携して個別支援計画を作成 (Ⅱ) 保育所、学校等と情報連携 (Ⅲ) 児童相談所、医療機関等と情報連携 (Ⅳ) 小学校、企業等と連絡調整 |
| 事業所間連携加算 (Ⅰ) (Ⅱ) | (Ⅰ) 5,455 円 (Ⅱ) 1,636 円 | 左記の 1 割 | セルフプランで複数事業所を併用する就学児について、事業所間で連携し、こどもの状態や支援状況の共有等の情報連携を行った場合、月 1 回まで加算されます。 |
| 保育・教育等 移行支援加算 | 5,455 円 | 左記の 1 割 | 就学児が地域において保育・教育などを受けられるよう、退所前に関係機関との間で移行に向けた連絡調整を行った場合 (2 回まで) や退所後に居宅や保育所等を訪問して相談援助又は助言を行った場合 (居宅と保育所等で各 1 回まで) 加算されます。 |

<提供するサービスの料金とその利用者負担額について>

提供するサービスについて、こども家庭庁の告示の単価による利用料が発生します。

通所給付決定保護者の属する世帯の所得に応じて、負担上限月額が設定され、利用料の 1 割と負担上限月額のいずれか額の小さいほうが、1 か月あたりの利用者負担額になります。利用料の 1 割が負担上限月額を超える場合は負担上限月額以上の負担は発生しません。

※児童発達支援費について事業者が代理受領を行わない(通所給付決定保護者が償還払いを希望する場合は、児童発達支援費の全額をいったんお支払いいただきます。この場合、「サービス提供証明書」を交付しますので、「領収書」を添えてお住まいの市町村に児童発達支援費の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

6 その他の費用について

| 内容 | 料金 |
|---|-------|
| その他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、通所給付決定保護者に負担させることが適当と認められるものの実費 | 実費相当額 |

7 利用者負担額及びその他の費用の支払い方法について

| | |
|------------------------|--|
| 利用者負担額その他の費用の支払い方法について | ①サービス利用月の翌月末日付でサービス利用月分の請求書を発行します。 ②サービス利用月の翌々月の 27 日(土曜日・日曜日・祝日の場合は翌営業日)に口座振替による方法によりお支払いいただきます。 ③お支払いを確認しましたら、領収書を発行しますので、保管をお願いします。 |
|------------------------|--|

8 サービスの提供にあたっての留意事項

(1) 市町村の支給決定内容等の確認

サービスの提供に先立って、受給者証に記載された支給量・支給内容・利用者負担上限月額を確認させていただきます。受給者証の住所、支給量などに変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

(2) 児童発達支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意向に配慮しながら「児童発達支援計画」を作成します。作成した「児童発達支援計画」については、案の段階で通所給付決定保護者及び障がい児に対し内容を説明し、通所給付決定保護者の同意を得た上で成案としますので、ご確認いただくようお願いします。

(3) 児童発達支援計画の変更等

「児童発達支援計画」は、障がい児の心身の状況や意向などの変化により、必要に応じて変更することができます。

9 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成 23 年法律第 79 号）」を遵守するとともに、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 岡本 由美子 |
|-------------|------------|

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防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

④虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

10 身体拘束等の禁止について

(1) 事業者は、利用者または他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとします。

(2) 身体拘束等を行う場合には、その様態及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項を記録します。

(3) 事業者は、身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置を講じています。

①身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。

②従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施しています。

③身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の設置等を実施しています。

11 秘密の保持と個人情報の保護について

| | |
|--------------------------|--|
| 障がい児またはその家族に関する秘密の保持について | <p>①事業者は、障がい児またはその家族の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」及び厚生労働省が策定した「福祉事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>②事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た障がい児またはその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。</p> <p>③事業者は、従業者に業務上知り得た障がい児またはその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においてもその秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。</p> |
| 個人情報の保護について | <p>①事業者は、障がい児またはその家族からあらかじめ文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等で使用する等、他の障がい福祉サービス事業者等に、障がい児またはその家族の個人情報を提供しません。</p> <p>②事業者は、障がい児またはその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるもの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するものとします。</p> <p>③事業者が管理する情報については、障がい児またはその家族の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料等が必要な場合は利用者の負担となります。）</p> |

12 緊急時の対応方法について

(1) サービス提供中に、障がい児に病状の急変が生じた場合その他必要な場合は、速やかに主治の医師への連絡を行う等の必要な措置を講じるとともに、保護者が予め指定する連絡先にも連絡します。

(2) 上記以外の緊急時において、障がい児に病状の急変が生じた場合その他必要な場合に、下記の対応可能時間に連絡を受けた際は、障がい児の状態に応じて、必要な対応を行います。

| | |
|--------|-------------------|
| 電話番号 | 072-760-4302 |
| 対応可能時間 | 午前 11 時から午後 5 時まで |

13 協力医療機関について

協力医療機関は、治療を必要とする場合に協力を依頼している医療機関です。ただし、優先的な診療を保証するものではありません。

| | | | |
|--------|--------------------|------|----|
| 医療機関名称 | 医療法人徹樹会 福渡医院 | | |
| 医院長名 | 福渡 秀一郎 | | |
| 所在地 | 大阪府豊中市蛸池東町2丁目10番7号 | | |
| 電話番号 | 06-6843-1446 | | |
| 診療科 | 内科・外科 | 入院設備 | なし |

14 事故発生時の対応方法について

障がい児に対する児童発達支援の提供により事故が発生した場合は、障がい児の家族、市町村、都道府県等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

| | | |
|-----|--------|---------------------------------|
| 池田市 | 市町村名 | 池田市 |
| | 担当部・課名 | こども未来部 発達支援課 |
| | 電話番号 | 072-754-6102 |
| 大阪府 | 担当部・課名 | 福祉部 障がい福祉室 生活基盤推進課 指定・指導グループ |
| | 電話番号 | 06-6944-6026 |

また、障がい児に対する児童発達支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

| | |
|------|---------------------------------|
| 保険加入 | 全国中小企業団体中央会 業務災害総合保険（経営ダブルアシスト） |
|------|---------------------------------|

15 非常災害時の対策

| | |
|--------|--|
| 非常時の対応 | 別途に定める消防計画により対応いたします。 |
| 平時の訓練 | 別途に定める消防計画に則り、避難訓練を年2回実施します。 |
| 防災設備 | 消火器：有 誘導灯：有 自動火災報知機：有 非常用照明：有 カーテン等は防災機能のある物を使用しています。 震災に備えての備蓄（発電機・懐中電灯等） |
| 消防計画 | 消防署への届出日：令和7年4月1日 防災管理者：岡本 泰規 |

16 苦情解決の体制及び手順

(1) 提供した指定児童発達支援に係る障がい児または通所給付決定保護者その他の当該障がい児の家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。

(2) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下の通りとします。

- ①相談または苦情があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するため必要に応じ状況の聞き取りや事情の確認を行う。
- ②職員に事実関係の確認を行う。
- ③把握した状況を職員とともに検討を行い、時下の対応を決定する。
- ④対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ対応方法を含めた結果報告を行う。（時間を要する内容もその旨を連絡する。）

| | |
|-------------------------|--|
| 【事業者の窓口】 やわらソレイユ相談窓口 | 所在地 大阪府池田市石橋2丁目14番11号1階 電話番号 072-760-4302 ファックス番号 072-760-4301 受付時間 月曜日～土曜日 午前11時～午後5時 |
|-------------------------|--|

| | |
|--|---|
| <p>【市町村の窓口】 池田市 こども未来部 発達支援課</p> | <p>所在地 大阪府池田市城南1丁目1番1号 池田市役所4階 電話番号 072-754-6102 受付時間 月曜日～金曜日（祝日を除く） 午前8時45分～午後5時15分</p> |
| <p>【公的団体の窓口】 大阪府社会福祉協議会 運営適正化委員会 「福祉サービス苦情解決委員会」</p> | <p>所在地 大阪市中央区中寺1-1-54 大阪社会福祉指導センター内 電話番号 06-6191-3130 ファックス番号 06-6191-5660 受付時間 月曜日～金曜日（祝日を除く） 午前10時～午後4時</p> |

17 心身の状況の把握

指定児童発達支援の提供に当たっては、障がい児の心身の状況、その置かれている環境、他の保健医療サービスまたは福祉サービスの利用状況等の把握に努めるものとします。

18 連絡調整に対する協力

児童発達支援事業者は、指定児童発達支援の利用について市町村または障がい児相談支援事業を行うものが行う連絡調整にできる限り協力します。

19 他の指定通所支援事業者等との連携

指定児童発達支援の提供に当たり、大阪府、市町村、障がい福祉サービスを行う者、児童福祉施設その他保健医療サービスまたは福祉サービスの提供者と密接な連携に努めます。

20 サービス提供の記録

- (1) 指定児童発達支援の実施ごとに、そのサービスの提供日、内容及び利用者負担額等を、サービス提供の終了時に通所給付決定保護者の確認を受けることとします。
- (2) 指定児童発達支援の実施ごとに、サービス提供実績記録票に記録を行い、通所給付決定保護者の確認を受けます。
- (3) これらの記録はサービス完結の日から5年間保存し、障がい者またはその家族は事業者に対して保存されるサービス提供記録の閲覧及び複写物の交付を請求することができます。

21 第三者評価の実施状況

第三者立ち会いのもと、1年に1回、自己点検を実施しております。

22 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

| | |
|---------|--|
| 利用キャンセル | 利用者の体調等の理由でサービスのご利用をキャンセルされる場合は、必ず当事業所までご連絡をお願いします。（連絡先：072-760-4302） |
| 受給者証 | 受給者証の記載内容の変更があった場合は、速やかに当事業所職員にお知らせください。また、当事業所職員より「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。 |
| 感染症対策 | 利用者がインフルエンザ等の他者に感染する疾病であることを、医師が診断した場合、医師の完治連絡が出るまで事業所利用は出来ません。その他、感染症に関する具体的な指針等につきましては、その都度ご連絡いたします。 |

上記内容について、「大阪府指定障害児通所支援事業者の指定並びに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を定める条例（平成 24 年大阪府条例第 104 号）」第 13 条の規定に基づき、通所給付決定保護者に説明を行いました。

| | | |
|-----|-------|-----------------------|
| 事業者 | 所在地 | 大阪府池田市石橋2丁目 14 番 11 号 |
| | 法人名 | 株式会社ワイズライン |
| | 代表者名 | 代表取締役 山崎 貴峰 |
| | 事業所名 | やわらソレイユ |
| | 説明者氏名 | 管理者 岡本 由美子 |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

令和 年 月 日

| | | |
|----------------------|----|--|
| 利用申込者 (通所給付決定保護者) | 住所 | |
| | 氏名 | |
| | 続柄 | |
| 利用者（児童）氏名 | | |

| | | |
|-----|----|--|
| 代理人 | 住所 | |
| | 氏名 | |