

## 重要事項説明書

(放課後等デイサービス)

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 指定放課後等デイサービス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<br>(連絡先) | 大阪府池田市石橋2丁目14番11号<br>電話番号：072-737-5785<br>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 ご利用者への指定放課後等デイサービス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<br>主たる対象者   | 重症心身障がい児  |
| 事業所番号             | 放課後等デイサービス 2752520060号<br>(平成27年4月1日指定)                   |
| 管理者               | 岡本 由美子  |
| 児童発達支援<br>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<br>相談担当者名     | 電話番号：072-760-4302<br>ファックス番号：072-760-4301<br>相談担当者 岡本 由美子 |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域 | 池田市・豊中市・箕面市   |
| 事業所が行う<br>他のサービス  | 児童発達支援・保育所等訪問支援<br>(平成27年4月1日・令和6年6月1日指定)                 |
| 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 | 指定障がい児通所支援の放課後等デイサービス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（以下「障がい児等」という。）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  | <p>事業者は、放課後等デイサービスの提供に当たっては、利用者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、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、適切かつ効果的な指導訓練を行うものとしします。</p> <p>指定放課後等デイサービスの実施に当たっては、地域との結び付きを重視し、利用者の所在する市町村、他の指定障がい児通所支援事業者、指定障がい児相談支援事業者、指定特定相談支援事業者、指定障がい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との密接な連携に努めるものとしします。</p> <p>指定放課後等デイサービスの実施に当たっては、障がい児の保護者の必要な時に必要な指定放課後等デイサービスの提供ができるよう努めるものとしします。</p> <p>法及び「児童福祉法に基づく指定通所支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準」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します。</p> |

(3) 事業所窓口の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<br>(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<br>(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 <sup>2</sup> |
| 延床面積 | 158.44 m <sup>2</sup> |

(2) 設備

| 設備の種類   | 面積                    | 備考                       |
|---------|-----------------------|--------------------------|
| 療育室     | 100.12 m <sup>2</sup> | 医療的処置及び機能訓練等を行っています。     |
| 相談室・静養室 | 6.77 m <sup>2</sup>   | 相談業務等を行っています。            |
| 事務室     | 8.70 m <sup>2</sup>   | 給付費請求業務等を行っています。         |
| 多目的室    | 6.27 m <sup>2</sup>   | 更衣室及び休憩室として使用しています。      |
| 脱衣所     | 20.88 m <sup>2</sup>  | 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 <sup>2</sup>  | 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 <sup>2</sup>   | 職員用トイレを設置しています。          |
| 倉庫      | 1.72 m <sup>2</sup>   | 備品等を保管しています。             |

4 職員体制等について

| 職種                        | 職務内容  |
|---------------------------|---|
| 管理者<br>(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放課後等デイサービスの実施に関し、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<br>管理責任者<br>(1名以上) | <p>(1) 適切な方法により、障がい児の有する能力、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や課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行い、障がい児が自立した日常生活を営むことができるように支援する上での適切な支援内容を検討します。</p> <p>(2) アセスメント及び支援内容の検討結果に基づき、事業所が提供する指定放課後等デイサービス以外の保健医療サービス又はその他の福祉サービス等との連携も含めて、通所給付決定保護者及び障がい児の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、指定放課後等デイサービスの目標及びその達成時期、指定放課後等デイサービスを提供する上での留意事項等を記載した放課後等デイサービス計画の原案を作成します。</p> <p>(3) 放課後等デイサービス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た上で、作成した放課後等デイサービス計画を記載した書面を通所給付決定保護者に交付します。</p> <p>(4) 放課後等デイサービス計画作成後、放課後等デイサービス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カ月に1回以上、児童発達支援計画の見直しを行い、必要に応じて放課後等デイサービス計画を変更します。</p> <p>(5) 利用に際し、障がい児通所支援事業者等に対する照会等により、障がい児の心身の状況、事業所以外における指定障がい児通所支援等の利用状況等を把握します。</p> <p>(6) 障がい児の心身の状況、置かれている環境等に照らし、障がい児が</p> |

|                    |  |
|--------------------|--|
|                    | <p>自立した日常生活を営むことができるよう定期的に検討するとともに、自立した日常生活を営むことができると認められる障がい児に対し、必要な支援を行います。</p> <p>(7)他の職員に対する技術指導及び助言を行います。</p> |
| 児童指導員<br>(1名以上)    | 児童指導員が、通所支援計画に基づき、障がい児に対し適切に支援等を行います。  |
| 機能訓練担当職員<br>(1名以上) | 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が、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<br>(1名以上)     | 看護師が、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。また、送迎時には、送迎車に添乗して障がい児に対し適切に医療的支援等を行います。                                      |
| 嘱託医<br>(1名以上)      | 医師が、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<br>(1名以上)      | 事業所の自動車を使用して、障がい児の自宅又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。   |

## 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   |
|---------------------|---|
| 放課後等デイサービス<br>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放課後等デイサービス計画を作成します。 |
| 医療サービス              | 体調管理や喀痰吸引等の医療的ケアを行います。  |
| 介護サービス              | 更衣、排泄等の身体介助を行います。   |
| 入浴サービス              | 障がい児の心身の状況に応じて入浴サービスを行います。  |
| 日常生活訓練              | 日常生活における基本的動作の習得を支援します。<br>障がい児の意思決定を支援します。   |
| 機能訓練                | 障がい児の心身等の状況に応じて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実施します。   |
| 集団生活適応訓練            | 集団生活への適応力の習得を支援します。   |
| 必要な介助サービス           | 障がい児の心身の状況に応じて事業所での活動を行うために必要な介助サービスを行います。  |
| 送迎サービス              | 事業所の所有する車両により、障がい児の自宅又は学校と事業所との間の送迎を行います。   |
| 医療・福祉・生活等の相談        | 医療・福祉・生活等の相談に応じます。  |

## (2) サービス料金

### 【基本項目】

利用料金は、次表のとおりです。

| 基本項目                  | 利用料                  | 利用者負担額             | 内容                                 |
|-----------------------|----------------------|--------------------|------------------------------------|
| 放課後等デイサービス<br>(授業終了後) | 1,771 単位<br>19,321 円 | 左記の 1 割<br>1,932 円 | 授業終了後に行う場合の放課後等<br>デイサービスの基本利用料です。 |
| 放課後等デイサービス<br>(学校休業日) | 2,056 単位<br>22,430 円 | 左記の 1 割<br>2,243 円 | 学校休業日に行う場合の放課後等<br>デイサービスの基本利用料です。 |

### 【加算項目】

①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<br>加配加算        | 374 単位<br>4,080 円  | 左記の 1 割<br>408 円 | 障がい児に対する機能訓練等支援<br>の強化を図るために、基準を上回る<br>児童指導員等を 1 名配置している<br>場合、利用 1 日につき加算されま<br>す。          |
| 看護職員<br>加配加算(Ⅱ)       | 800 単位<br>8,728 円  | 左記の 1 割<br>872 円 | 常時見守りが必要な障がい児に対<br>する支援の強化を図るために基準<br>に定める看護職員に加え、看護職員<br>を 2 名以上配置した場合、利用 1 日<br>につき加算されます。 |
| 専門的支援<br>体制加算         | 247 単位<br>2,694 円  | 左記の 1 割<br>269 円 | 障がい児に対する機能訓練等支援<br>の強化を図るために、基準を上回る<br>理学療法士等を 1 名配置している<br>場合、利用 1 日につき加算されま<br>す。          |
| 福祉・介護職員等<br>処遇改善加算(Ⅲ) | 所定単位数の<br>121/1000 | 左記の 1 割          | 福祉・介護職員等の賃金改善等を実<br>施している事業者において加算し<br>ます。<br>加算は、福祉・介護職員の賃金改善<br>に充てられます。                   |
| 中核機能強化<br>事業所加算       | 374 単位<br>4,080 円  | 左記の 1 割<br>408 円 | 専門人材を配置して地域の関係機<br>関と連携した支援の取組を進める<br>等、地域の障がい児支援の中核的な<br>役割を担っている場合、利用 1 日<br>につき加算されます。    |

②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   |
|--------|----------------|-----------------|--|
| 入浴支援加算 | 70 単位<br>763 円 | 左記の 1 割<br>76 円 | 医療的ケア児や重症心身障がい児<br>に、発達支援とあわせて入浴支援を<br>行った場合に加算されます。月 8 回<br>まで加算されます。 |

|                  |  |   |  |
|------------------|--|---|--|
| 専門的支援<br>実施加算    | 150 単位<br>1,636 円  | 左記の 1 割<br>163 円  | 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。<br>利用日数等に応じて最大月 6 回まで加算されます。                    |
| 送迎加算             | 重心児<br>40 単位<br>436 円<br>医ケア児<br>(16 点以上)<br>80 単位<br>872 円  | 左記の 1 割<br>重心児<br>43 円<br>医ケア児<br>(16 点以上)<br>872 円   | 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<br>上限額管理加算 | 150 単位<br>1,636 円  | 左記の 1 割<br>163 円  | 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に加算されます。               |
| 欠席時対応加算          | 94 単位<br>1,025 円   | 左記の 1 割<br>102 円  | 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 8 回まで加算されます。                              |
| 家族支援加算 (I)       | 居宅訪問<br>(1 時間以上)<br>300 単位<br>3,273 円<br>居宅訪問<br>(1 時間未満)<br>200 単位<br>2,182 円<br>事業所等対面<br>100 単位<br>1,091 円<br>オンライン<br>80 単位<br>828 円 | 左記の 1 割<br>居宅訪問<br>(1 時間以上)<br>327 円<br>居宅訪問<br>(1 時間未満)<br>218 円<br>事業所等対面<br>109 円<br>オンライン<br>82 円 | 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。  |
| 家族支援加算 (II)      | 事業所等対面<br>80 単位<br>828 円<br>オンライン<br>60 単位<br>654 円  | 左記の 1 割<br>事業所等対面<br>82 円<br>オンライン<br>65 円  | 障がい児の家族に対してグループでの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<br>サポート加算    | 80 単位<br>828 円   | 左記の 1 割<br>82 円   | 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<br>連携加算（Ⅰ）  | 250 単位<br>2,727 円 | 左記の 1 割<br>272 円 | 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の作成をした場合に加算されます。月 1 回まで加算されます。                               |
| 関係機関<br>連携加算（Ⅱ）  | 200 単位<br>2,182 円 | 左記の 1 割<br>218 円 | 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に加算されます。月 1 回まで加算されます。  |
| 関係機関<br>連携加算（Ⅲ）  | 150 単位<br>1,636 円 | 左記の 1 割<br>163 円 | 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に加算されます。月 1 回まで加算されます。  |
| 関係機関<br>連携加算（Ⅳ）  | 200 単位<br>2,182 円 | 左記の 1 割<br>218 円 | 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に加算されます。1 回のみ加算されます。  |
| 事業所間<br>連携加算（Ⅰ）  | 500 単位<br>5,455 円 | 左記の 1 割<br>545 円 | コーディネートの中核となる事業所として、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等を行った場合に加算されます。月 1 回まで加算されます。  |
| 事業所間<br>連携加算（Ⅱ）  | 150 単位<br>1,636 円 | 左記の 1 割<br>163 円 | 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に加算されます。月 1 回まで加算されます。         |
| 保育・教育等<br>移行支援加算 | 500 単位<br>5,455 円 | 左記の 1 割<br>545 円 | 障がい児が地域において保育・教育等を受けられるよう支援を行うことにより、通所支援事業所を退所して保育所等に通うことになった場合に加算されます。月 1 回（退所前は月 2 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、厚生労働省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 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    |
|---|-------|
| 入浴サービスの提供に係る光熱費   | 0円    |
| 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 | <p>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。請求月の翌月末日までに指定口座からの自動振替の方法によりお支払いいただきます。</p> <p>なお、指定口座からの自動振替の方法によるお支払いができない場合は、下記銀行口座への振り込みの方法によりお支払いください。</p> <p>池田泉州銀行 石橋支店 普通預金 口座番号0174980<br/>株式会社ワイズライン（※振込手数料はご負担願います。）</p> <p>お支払いを確認しましたら、領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> |
|------------------------|---|

※利用料、その他の費用の支払いについて、支払い能力があるにもかかわらず支払い期日から2月以上遅延し、故意に支払いの督促から10日以内にお支払がない場合には、契約を解約した上で、未払い分をお支払いいただくことがあります。

## 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) 放課後等デイサービス計画の作成

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「放課後等デイサービス計画」を作成します。作成した「放課後等デイサービス計画」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いたします。

### (3) 放課後等デイサービス計画の変更等

「放課後等デイサービス計画」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 虐待防止のための対策を検討する委員会を設置するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底しています。
- ④ 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。

#### 10 身体拘束等の禁止について

- (1) 事業者は、利用者又は他の利用者の生命又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対策を検討する委員会を定期的に開催するとともに、委員会での検討結果を従業者に周知徹底しています。
  - ② 身体拘束等の適正化のための指針を整備しています。
  - ③ 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。

#### 11 秘密の保持と個人情報の保護について

|                           |   |
|---------------------------|---|
| ① 障がい児及びその家族に関する秘密の保持について | <p>事業者は、障がい児及び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についてのガイドライン」を遵守し、適切な取り扱いに努めるものとします。</p> <p>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及び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。</p> <p>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>事業者は、従業者に業務上知り得た障がい児及び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>   |
| ② 個人情報の保護について             | <p>事業者は、障がい児及び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、障がい児及びその家族の個人情報を提供しません。</p> <p>事業者は、障がい児及び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>事業者が管理する情報については、障がい児及び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などが必要な場合はご負担いただきます。）</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・入院治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    | 大阪府豊中市蛍池東町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

障がい児に対する放課後等デイサービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、障がい児の家族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 | 子ども・健康部 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<br>生活基盤推進課 指定・指導グループ |
|     | 電話番号   | 06-6944-6026                    |

また、障がい児に対する放課後等デイサービス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。

|      |   |
|------|---|
| 保険加入 | <p>本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。</p> <p>保険会社名 全国中小企業団体中央会<br/>         保険名 超ビジネスアシスト<br/>         保障の概要 賠償責任補償</p> |
|------|---|

### 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     | <table> <tr> <td>・消火器</td> <td>有</td> <td>・誘導灯</td> <td>有</td> </tr> <tr> <td>・自動火災報知機</td> <td>有</td> <td>・非常用照明</td> <td>有</td> </tr> </table> | ・消火器   | 有 | ・誘導灯 | 有 | ・自動火災報知機 | 有 | ・非常用照明 | 有 |
| ・消火器     | 有  | ・誘導灯   | 有 |      |   |          |   |        |   |
| ・自動火災報知機 | 有  | ・非常用照明 | 有 |      |   |          |   |        |   |

|      |   |
|------|---|
|      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・カーテン等は防災機能のある物を使用しています。</li> <li>・震災に備えての備蓄（発電機・懐中電灯等）</li> </ul> |
| 消防計画 | 消防署への届出日 : 令和7年4月1日<br>防災管理者 : 岡本 泰規  |

## 16 苦情解決の体制及び手順

- (1) 提供した指定放課後等デイサービスに係る障がい児又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。  
(下表に記す【事業者の窓口】のとおり)
- (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とおりとします。
  - ① 相談又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。)

|   |  |
|---|--|
| <b>【事業者の窓口】</b><br>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<br>電話番号 072-760-4302 ファックス番号 072-760-4301<br>受付時間 月～土曜日<br>午前11時～午後5時                    |
| <b>【市町村の窓口】</b><br>池田市<br>子ども・健康部 発達支援課                       | 所在地 大阪府池田市城南1丁目1番1号<br>池田市役所4階<br>電話番号 072-754-6102<br>受付時間 月～金曜日(祝日を除く)<br>午前8時45分～午後5時15分                      |
| <b>【公的団体の窓口】</b><br>大阪府社会福祉協議会<br>運営適正化委員会<br>「福祉サービス苦情解決委員会」 | 所在地 大阪市中央区中寺1-1-54<br>大阪社会福祉指導センター内<br>電話番号 06-6191-3130 ファックス番号 06-6191-5660<br>受付時間 月～金曜日(祝日を除く)<br>午前10時～午後4時 |

## 17 心身の状況の把握

指定放課後等デイサービス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又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

放課後等デイサービス事業者は、指定放課後等デイサービスの利用について市町村又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

指定放課後等デイサービスの提供に当たり、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 指定放課後等デイサービスの実施ごとに、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 指定放課後等デイサービスの実施ごとに、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、障がい者又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。(複写等にかかる費用は実費を負担いただきます。)

## 21 指定放課後等デイサービス内容の見積もりについて

契約に際して、サービス内容に応じた見積もり(契約書別紙)を作成します。

## 22 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。

## 23 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

|           |   |
|-----------|---|
| サービス初回利用時 | サービス初回利用時は、事業所における利用者の心身状況の確認、サービスにおける留意事項や安全面の確認等を行いますので、必ず保護者同伴でのご利用となります。また、これらの確認が複数回にわたる場合もございますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。 |
| 入浴サービス    | 利用者のご希望、心身等の状況、主治医等の意見に基づき、総合的に判断した上で、入浴サービスが実施可能かどうか決定させていただきます。職員において、入浴サービスの実施が危険であると判断した場合は、お断りすることもございますので、予めご了承ください。  |
| 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。<br>(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できるだけ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。                      |
| 宗教活動等の禁止  | 児童及び保護者の思想、信仰は自由ですが、他の児童及びその保護者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。   |

## 24 サービス提供開始可能年月日

|                 |    |   |   |   |
|-----------------|----|---|---|---|
| サービス提供開始が可能な年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|----|---|---|---|

## 25 重要事項説明の年月日

|                 |    |   |   |   |
|-----------------|----|---|---|---|
| この重要事項説明書の説明年月日 | 令和 | 年 | 月 | 日 |
|-----------------|----|---|---|---|

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 1 4 番 1 1 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 | 山崎 貴峰                     |

上記内容の説明を事業者から確かに受けました。

|                          |    |  |
|--------------------------|----|--|
| 利用申込者<br>(通所給付<br>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 |  |