

重要事項説明書

保育所等訪問支援

蓮美ともいきクラブ

令和7年5月1日

1 児童発達支援を提供する事業者について

|                |                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------|
| 事業者名称          | 社会福祉法人 光聖会                                                 |
| 代表者氏名          | 秋田 光哉                                                      |
| 本社所在地<br>(連絡先) | 大阪市 天王寺区 夕陽丘町 2-18<br>法人本部 TEL06-6771-4152 Fax06-6771-4153 |
| 法人設立年月日        | 2005 年 12 月 21 日                                           |

2 利用者への保育所等訪問支援の提供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             | 蓮美ともいきクラブ                                                                              |
| サービスの<br>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（発達障害児を含む）及び難病等対象者）                                        |
| 大阪市指定<br>事業所番号    | 保育所等訪問支援<br>2754120794 号（2025 年 5 月 1 日指定）                                             |
| 管理者               | 中平 翔大                                                                                  |
| 児童発達支援<br>管理責任者   | 中平 翔大                                                                                  |
| 事業所所在地            | 大阪市 北区 天満 4 丁目 9-9 renbi 第 1 ビル 1F・2F・6F                                               |
| 連絡先<br>相談担当者名     | TEL06-6352-4152 Fax06-6352-4155<br>保育所等訪問支援 中平翔大                                       |
| 事業所の通常の<br>事業実施地域 | 大阪市内                                                                                   |
| 事業所が行う<br>他のサービス  | ・ 児童発達支援 2754120794 号（2025 年 5 月 1 日指定）<br>・ 放課後等デイサービス 2754120794 号（2025 年 5 月 1 日指定） |
| 開設年月日             | 2025 年 5 月 1 日                                                                         |

(2) 事業の目的および運営方針

|       |                                                                                                    |
|-------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 事業の目的 | 本事業は、障害児及びその保護者の意思と人格を尊重した支援を提供することを目的とし、これにより、障害児とその保護者に対する適切な支援を確保し、事業所の円滑な運営を図ります。              |
| 運営方針  | 事業者は、障害児が集団生活に適應できるよう、個々の状況に応じた支援を地域との連携を重視し、他の支援事業者と協力してサービスを提供します。また、法令や条例を遵守し、必要な時に適切な支援を提供します。 |

(3) 営業日及び営業時間

|     |                         |
|-----|-------------------------|
| 営業日 | 月曜日から土曜日（土曜日は第 2 土曜日のみ） |
|-----|-------------------------|

|         |            |
|---------|------------|
| 営 業 時 間 | 9:30～18:30 |
|---------|------------|

(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（土曜日は第2土曜日のみ） |
| サービス提供時間 | 9:30～18:30            |

3 事業所の構造・設備について

(1) 構造

|         |                                     |
|---------|-------------------------------------|
| 構 造     | 鉄筋 6 階建て                            |
| 敷 地 面 積 | 101.85 m <sup>2</sup>               |
| 延 床 面 積 | 1F. 2F. 6F 延べ 152.46 m <sup>2</sup> |

(2) 設備

| 設 備 の 種 類 | 部 屋 数 | 備 考                     |
|-----------|-------|-------------------------|
| 事 務 室     | 1 室   | 6F、机、椅子、鍵付きロッカーあり。      |
| 静養室兼相談室   | 1 室   | 1F、机、椅子あり               |
| 便 所       | 3 室   | 洗面台付、洋式トイレ 1F、2F、6F にあり |

4 職員体制等について

(1) 各職種の職務の内容

| 職 種             | 職 務 内 容                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 人 員 数               |
|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 管 理 者           | 管理者は、従業者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保育所等訪問支援の実施に関し、事業所の従業者に対し遵守させるため必要な指揮命令を行います。                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 常 勤<br>1 人          |
| 児童発達支援<br>管理責任者 | <p>(1) 適切な方法により、障害児の有する能力、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害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、障害児の発達を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、事業所が提供する保育所等訪問支援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害児の生活に対する意向、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、保育所等訪問支援の具体的内容、保育所等訪問支店を提供する上での留意事項等を記載した保育所等訪問支援計画の原案を作成します。</p> <p>(3) 保育所等訪問支援計画の原案の内容を通所給付決定</p> | 常 勤<br>1 人<br>管理者兼務 |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
|           | <p>保護者及び障害児に対して説明し、文書により同意を得た上で、作成した保育所等訪問支援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) 保育所等訪問支援計画作成後、保育所等訪問支援計画の実施状況の把握（障害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月に1回以上、保育所等訪問支援計画の見直しを行い、必要に応じて保育所等訪問支援計画を変更します。</p> <p>(5) 利用に際し、障害児通所支援事業者等に対する照会等により、利用申込者の心身の状況、事業所以外における指定障害児通所支援等の利用状況等を把握します。</p> <p>(6) 常に障害児の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、障害児等に対し、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> <p>(7) 他の従業者に対する技術指導及び助言を行います。</p> |              |
| 訪 問 支 援 員 | 保育所等訪問支援計画に基づき障害児等に対し適切に支援等を行う。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 非常勤<br>1 人以上 |

## 5 提供する児童発達支援の内容と料金および利用者負担額について

### (1) 提供する児童発達支援の内容

| サービスの種類       | サービスの内容                                                                              |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 保育所等訪問支援計画の作成 | 通所給付決定保護者及び障害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保育所等訪問支援計画を作成します。 |
| 集団生活適応支援      | 障害児本人に対する支援                                                                          |
| 支援方法等の指導      | 訪問先施設の保育士等に対する支援方法の指導等を行います。                                                         |

### (2) サービス料金

1日あたりの利用料金は、次表のとおりです。

|      | 説明                           | 月額負担上限   |
|------|------------------------------|----------|
| 生活保護 | 生活保護世帯の場合                    | 0 円      |
| 低所得  | 市民税非課税世帯の場合                  | 0 円      |
| 一般   | 市民課税世帯であり、所得割額が 28 万円未満である場合 | 4,600 円  |
|      | 市民課税世帯であり、所得割額が 28 万円以上である場合 | 37,200 円 |

### <提供する保育所等訪問支援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方が、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。

負担上限月額等に関する詳細については、お住まいの市町村窓口までお問合せください。

※ 障害児通所給付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、障害児通所給付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障害児通所給付費の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

【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<br>負担額 | 内 容                           |
|-----------------------------|----------|--------------|-------------------------------|
| 訪 問 支 援 員<br>特 別 加 算<br>(Ⅰ) | 850 単位/日 | 左記の<br>1 割   | 事業所に専門職員を配置している<br>場合、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<br>負担額 | 内 容                                                                        |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------|--------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 訪 問 支 援 員<br>特 別 加 算<br>(Ⅱ) | 700 単位/日                                                               | 左記の<br>1 割   | 事業所に専門職員を配置している<br>場合、加算されます。                                              |
| 初 回 加 算                     | 200 単位/月                                                               | 左記の<br>1 割   | 新規に保育所等訪問支援計画を作<br>成し初めて訪問支援を行う月に児<br>童発達支援管理責任者が同行した<br>場合に算定             |
| 家 庭 連 携 加 算                 | 300 単位 (1h 以上)<br>200 単位 (1h 以下)<br>100 単位 (対面)<br>80 単位 (オンライン)<br>/回 | 左記の<br>1 割   | 障害児の居宅を訪問し、障害児及<br>びその家族等に対する相談援助等<br>の支援を行った場合、月 2 回まで<br>加算されます。         |
| 多職種連携支援加算                   | 200 単位/回                                                               | 左記の<br>1 割   | 訪問支援員特別加算の対象となる<br>訪問支援員を含む、職種の異なる<br>複数人で連携して訪問支援を行っ<br>た場合月 1 回まで加算されます。 |
| 関係機関連携加算                    | 150 単位/回                                                               | 左記の<br>1 割   | 訪問先施設及び利用児童の支援に<br>関わる関係機関との会議により情<br>報連携を行った場合月 1 回まで加<br>算されます。          |
| 利用者負担上限額<br>管 理 加 算         | 150 単位/月                                                               | 左記の<br>1 割   | 負担上限月額を超えて利用者負担<br>額を徴収しないように、利用者負<br>担額の徴収方法の管理を行った場<br>合に加算されます。         |
| 福祉・介護職員処遇<br>改 善 加 算 (Ⅲ)    | 所定単位数 11.8%                                                            | 左記の 1<br>割   | 福祉・介護職員の賃金改善等を実<br>施している事業者において加算し                                         |

|  |  |  |                                 |
|--|--|--|---------------------------------|
|  |  |  | ます。<br>加算は、福祉・介護職員の賃金改善に充てられます。 |
|--|--|--|---------------------------------|

## 6 その他の費用について

| 内 容                                                            | 料 金                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 通常の事業の実施地域以外の地域において指定保育所等訪問支援を提供する場合の費用。<br>通常の事業の実施地域：大阪市内    | ・ 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル未満 500 円<br>・ 通常の事業実施地域を越えた地点から、片道 10 キロメートル以上 1,000 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

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 通所給付決定保護者負担額その他の費用の支払い方法について | <p>利用者負担額及びその他の費用について、サービスを利用した月の翌月 15 日頃までに利用月分の請求書をお届けします。サービス提供の記録と内容を照合のうえ、請求月の末日までに、下記のいずれかの方法によりお支払い下さい。</p> <p>(1) 現金支払い<br/>(2) 指定口座からの自動振替（自動振替においては 27 日締め日）<br/>(3) 事業者指定口座への振り込み</p> <p>お支払いを確認しましたら、必ず領収書をお渡ししますので、保管をお願いします。</p> <p>また、児童通所給付費等について市町村より給付を受けた場合は、受領通知をお渡ししますので、必ず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 3 月以上遅延し、故意に支払いの督促から 14 日以内にお支払いがない場合には、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) 個別支援計画の作成

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「保育所等訪問支援計画」を作成します。作成した「保育所等訪問支援計画」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) 個別支援計画の変更等

「保育所等訪問支援計画」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 | 中平 翔大 |
|-------------|-------|

- ② 従業者に対し虐待防止のための研修を実施しています。

- ③ 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 緊急時の対応方法について

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。

## 11 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 | 佐伯クリニック                       |      |    |
| 医院長名   | 佐伯 英次郎                        |      |    |
| 所在地    | 大阪府 大阪市 中央区 上本町西 5 丁目 3 番 9 号 |      |    |
| 電話番号   | 06-6761-4787                  |      |    |
| 診療科    | 内科                            | 入院設備 | なし |

## 12 事故発生時の対応方法について

保育所等訪問支援の提供により事故が発生した場合は、市町村、通所給付決定保護者等に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、保育所等訪問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。

|     |        |                          |
|-----|--------|--------------------------|
| 市町村 | 市町村名   | 大阪市                      |
|     | 担当部・課名 | 福祉局 障がい者施策部 運営指導課        |
|     | 電話番号   | 06 - 6241 - 6527（ガイダンス③） |

|      |                                                                                                             |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 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 東京海上日動火災保険株式会社</p> <p>保険名 超ビジネス保険</p> <p>保障の概要 福祉事業における賠償保険セット</p> |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

## 13 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、訓練を年 2 回以上実施します。                                                                                                                                                                  |
| 防 災 設 備   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 自動火災報知機 有 ・ 誘導灯 有</li> <li>・ 非常通報装置 有 ・ スプリンクラー 有</li> <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（食糧・飲料水 3 日分）<br/>（その他・携帯電話・懐中電灯等）</li> </ul> |
| 消 防 計 画   | 消防署への届出日：平成 27 年 4 月 1 日<br>防災管理者 程岡 恵美子                                                                                                                                                        |

#### 14 苦情解決の体制及び手順

(1) 提供した指定児童発達支援等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。

●苦情又は相談があった場合、利用者の状況を詳細に把握するよう、必要に応じ、状況の聞き取りを実施し、事情の確認を行う。

●苦情解決責任者は、把握した状況を従業者とともに検討を行い、対応を決定する。

●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、利用者へは必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

●結果の公表について苦情解決に向け

(1) 苦情解決責任者は、苦情申出人との話し合いによる解決に努める。

(2) 苦情受付担当者は、話し合いの結果や改善を約束した事項を、話し合い結果記録書（様式 2）により記録し、話し合いの当事者および責任者に確認する。

●解決結果の公表

苦情解決の対応状況について、個人情報に関する事項を除き、事業報告書等において職員及び必要に応じて HP へ公表する。

|                                                        |                                                                                                                           |
|--------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 【事業者の窓口】<br>（事業者の担当部署・窓口の名称）                           | 所在地 大阪市北区天満 4-9-9<br>Renbi 第一ビル<br>電話番号 06-6352-4152<br>ファックス番号 06-6352-4155<br>受付時間 月～金 9 時 30 分～18 時 30 分まで<br>管理者 中平翔大 |
| 【市町村の窓口】<br>（障がい児の居宅がある市町村の障がい福祉サービス担当部署の名称）           | 所在地 大阪市北区扇町 2 丁目 1 番 27 号<br>大阪市北区保健福祉センター<br>電話番号 06-6313-99865<br>ファックス番号 06-6362-3821<br>受付時間 月～金 9 時～17 時 30 分まで      |
| （公的団体の窓口）<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 大阪府中央区中寺 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<br>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>10 時～16 時まで     |

#### 15 心身の状況の把握

保育所等訪問支援の提供にあたっては、障害児の心身の状況、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。



16 連絡調整に対する協力

保育所等訪問支援事業者は、保育所等訪問支援の利用について市町村又は障害児相談支援事業者が行う連絡調整にできる限り協力します。

17 他の通所支援事業者等との連携

保育所等訪問支援の提供にあたり、市町村、障害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。

18 サービス提供の記録

- ① 保育所等訪問支援の実施ごとに、その保育所等訪問支援の提供日、内容及び利用者負担額等を、保育所等訪問支援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 保育所等訪問支援の実施ごとに、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 これらの記録は保育所等訪問支援の提供の日から5年間保存し、障害児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。）

19 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

|                      |                                                                   |
|----------------------|-------------------------------------------------------------------|
| 感 染 症 対 策            | 障害児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できません。   |
| 設 備 ・ 器 具 の 利 用      | 事業所内の設備、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が生じた場合、賠償していただくことがあります。 |
| 貴 重 品 の 管 理          | 貴重品は、自己の責任において管理していただきます。<br>自己管理のできない場合は、貴重品を事業所に持ち込まないようお願いします。 |
| 宗教活動・政治活動<br>営 利 活 動 | 障害児及び保護者の思想、信仰は自由ですが、他の障害児通所給付決定保護者に対する宗教活動、政治活動及び営利活動等はご遠慮ください。  |

20 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 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

21 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 | 年 月 日 |
|-----------------|-------|

上記内容について、大阪市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等を定める条例（平成 25 大阪市条例第 19 号）第 5 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 | 大阪市 北区 天満 4 丁目 9-9 |
|     | 法 人 名 | 社会福祉法人光聖会          |

|  |         |           |
|--|---------|-----------|
|  | 代 表 者 名 | 理事長 秋田 光哉 |
|  | 事 業 所 名 | 蓮美ともいきクラブ |
|  | 説明者氏名   |           |

事業者から上記内容の説明を受け、内容について同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

|           |     |  |
|-----------|-----|--|
| 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 |  |