

有限会社しえあーど

「保育所等訪問支援」重要事項説明書

当事業所は利用者に対して、保育所等訪問支援を提供します。当サービスの利用は原則として障害児通所給付費の支給決定を受けた方が対象です。

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は次のとおりです。

1. サービスを提供する事業者について

事業者名称	有限会社しえあーど
代表者氏名	取締役 国本 修慈
所在地	兵庫県伊丹市鴻池5丁目11番27号
電話番号	072-785-7873
設立年月日	平成15年4月1日

2. サービス提供を担当する事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所の種類	保育所等訪問支援
事業所番号	兵庫県 第2853301204号 令和3年5月1日
事業所名称	しえあきつず
事業所所在地	兵庫県伊丹市鴻池5丁目10-20
連絡先	電話・FAX：072-744-1080
管理者	大塚 裕水
児童発達支援 管理責任者	大島 優子
定員	なし
通常の実施地域	伊丹市

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	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5第1項に規定する支給決定を受けた障害児の保護者をいう。以下「利用者」という。）の意思及び人格を尊重し、障害児及び利用者（以下「障害児等」という。）の立場に立った適切な指定保育所等訪問支援の提供を確保することを目的とする。
-------	--

運 営 方 針	<p>1 指定保育所等訪問支援の提供に当たっては、保育所等を訪問し、障害児が障害児以外の児童との集団生活に適応することができるよう、当該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、適切かつ効果的な支援を行うものとする。</p> <p>2 指定保育所等訪問支援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、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する。</p> <p>3 指定保育所等訪問支援の実施に当たっては、障害児の保護者の必要な時に必要な保育所等訪問支援の提供ができるよう努めるものとする。</p> <p>4 前三項のほか、法及び「児童福祉法に基づく指定通所支援等の事業の人員、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、事業を実施するものとする。</p>
---------	--

(3) 営業日・営業時間及びサービス提供可能な日と時間帯

営業日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、国民の祝日、8月13日から8月15日、12月29日から1月3日までを除く。
営業時間	午前9時から午後6時までとする。 ただし、管理者が必要と認めた日はこの限りではありません。
サービス提供日	月曜日から金曜日までとする。 ただし、国民の祝日、8月13日から8月15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10時から午後5時までとする。

(4) 事業所の職員体制

＜主な職員の配置状況＞

職 種	常 勤	非常勤	合 計
1. 管理者	1名	名	1名
2. 児童発達支援管理責任者	1名	名	1名
3. 訪問支援員(理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士等)		1名以上	1名以上

＜主な職種の勤務体制＞

職 種	勤 務 体 制
管理者	常勤職員 9:00～18:00
児童発達支援管理責任者 訪問支援員	非常勤職員 9:00～18:00の間で変則勤務

3. 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

当事業所では、利用者に対して以下のサービスを提供します。

(1) 障害児通所給付費の対象となるサービス

＜障害児通所給付費の対象となるサービスの概要＞

- ①通所支援計画の作成
- ②障害児本人に対する支援（集団生活の適応のための専門的な支援）

③訪問先施設の保育士等に対する支援（支援方法等の指導）

④相談及び援助

(2) 障害児通所給付費の対象外となるサービスの概要

〈交通費〉

通常の事業の実施地域以外の地域

①公共交通機関を使用した場合 実費なし

②自動車を使用した場合 実費なし

(3) サービスの料金と利用者負担額について

保育所等訪問支援については、障害児通所給付費（別表参照）が支給されます。事業者が障害児通所給付費を代理受領する場合には、利用者は、原則 1 割の利用料を事業者にお支払いいただきます。利用者負担額は、市町村が上限を定めています。そのため、これらのサービスのご利用状況により、当事業所への月々の利用者負担額は変わることがあります。

本事業所が代理受領した障害児通所給付費額については、利用者にもその都度通知します。

※障害児通所給付費等について事業者が代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、障害児通所給付費等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等の支給(利用者負担額を除く)を申請してください。

(4) 身分証の携行

保育所等訪問支援の提供にあたる訪問支援員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

4. 利用料の請求および支払い方法について

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 10 日までに請求しますので、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。

(1) 現金支払い

(2) 事業所指定口座への振り込み

(3) ゆうちょ銀行の自動払込み（申込要）

お支払いを確認しましたら、領収書を発行します。

5. 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) 宗教活動等

保育所等訪問支援を利用するにあたって、宗教活動や営利を目的とした勧誘、暴力行為等、他の利用者に迷惑を及ぼす恐れのある行為及び言動は行ないものとします。

(3) 利用の変更・キャンセルについて

利用予定日の前に利用をキャンセル又は変更することができます。この場合には、利用予定日の前日までにご連絡をいただきますようお願いいたします。

変更・追加につきましては、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。

6. 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、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	取締役 国本 修慈
-------------	-----------

(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) 虐待の防止のための対策を検討する委員会の定期的な開催（テレビ電話装置等も活用）及びその結果についての従業者へ周知します。

7. 身体拘束等の禁止について

事業所は、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。やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、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。

また、事業所は、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（テレビ電話装置等も活用）の定期的な開催及びその結果についての従業員への周知
- (2) 身体拘束等の適正化のための指針の整備
- (3) 従業者に対し、身体拘束等の適正化のための研修を定期的実施

8. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業所は、その業務上知り得た障害児等及びその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律（平成 15 年法律第 57 号）その他関係法令等を遵守し、適正に取り扱うものとします。

- (1) 事業者及び従業者は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由もなく、第三者に漏らしません。
- (2) 事業所は、従業者に業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においても、その秘密を保持すべき旨を、従業者と雇用契約の内容とします。
- (3) 事業所は、他の指定障害児通所支援事業者等に対して、障害児等及びその家族に関する情報を提供する際は、あらかじめ文書により利用者及びその家族の同意を得るものとします。

9. 緊急時の対応方法について

サービス提供中に、利用者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、利用者が予め指定する連絡先にも連絡します。

- (1) 利用者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	氏名等： (続柄) 電話：
連絡先②	氏名等： (続柄) 電話：

(3) 事業所の協力医療機関

医療機関名	いぬいこどもクリニック	診 療 科	内科・小児科
所 在 地	兵庫県伊丹市中野北 3-6-6		
代 表 者	乾 幸治	電 話 番 号	072-771-7848

10. 事故発生時の対応方法について

利用者に対する保育所等訪問支援の提供により事故が発生した場合は、県、市町村及び利用者の家族等に連絡を行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遇について記録します。

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。

損害保険会社名	株式会社損害保険ジャパン
損害保険の種類	賠償責任保険(ウォームハート)

11. サービス内容に関する苦情相談窓口

(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 大塚 裕水 苦情解決責任者 取締役 国本 修慈 受 付 日 月曜日から金曜日。ただし、国民の祝日、8月13日から15日、12月29日から1月3日までを除く。 受 付 時 間 午前9時から午後6時 電 話 ・ F A X 072-744-1080
------	--

(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、行政機関又は県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。

伊丹市役所 こども福祉課	所 在 地 伊丹市千僧 1-1 電 話 番 号 072-784-8127 F A X 072-784-8112
兵庫県社会福祉協議会 (福祉サービス 運営適正化委 員会事務局)	所 在 地 神戸市中央区坂口通 2 丁目 1-18 兵庫県福祉センター内 電 話 番 号 078-242-6868 F A X 078-242-0297 受 付 時 間 月曜日～金曜日 (祝日は除く・年末年始は休み) 午前 10 時～午後 4 時 (FAX や留守番電話による受付は 24 時間行っています)

12. 記録について

日時を記録した実績記録票にもその都度押印をお願いいたします。なお、保育所等訪問支援

の提供に関する諸記録は、サービス提供日より5年間保存します。

13. 重要事項の変更について

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合には、ご利用者にその内容を文書で通知し、口頭で説明及び同意を得るとものとします。

年 月 日

保育所等訪問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ないました。

事業所名称：しえあきつず

管理者名：大塚 裕水

説明者名： ㊟

私は、本書面に基づいて事業者から保育所等訪問支援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。

利用者住所：

利用者氏名： ㊟

利用者は、身体の状態等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認のうえ、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者住所：

代筆者氏名： ㊟

利用者との関係：

別表

しえあきつず「保育所等訪問支援」通所給付費一覧表

2024年（令和6年）4月1日現在

項目	単位数 (単位)	総額 (単位数× 10.62円)	代理受領額 (円) (90/100)	利用者負担 (円) (10/100)	説明	算定		
						状況		
基本単 保育所等訪問支援	1,071	11,374	10,237	1,137	1日につき 訪問支援時間 30分以上	○		
加算	訪問支援員 特別加算	I 障害児支援 の業務従事 10 年以上	850	9,027	8,125	902	障害児の支援経験が一定以上ある作業療法士や理学療法士等の専門性の高い職員を配置して訪問支援を行う場合、1回につき	○
		II 障害児支援 の業務従事5年 以上 10年未満	750	7,965	7,169	796		
	初回加算(1 回につき)	200	2,124	1,912	212	児童発達支援管理責任者が、初回又は初回の属する月に保育所等の訪問先との事前調整やアセスメントに同行した場合	△	
	家庭支援加 算 I (1回 につき 月 2回を限 度)	居宅を訪問(所 要時間1時間以 上)	300	3,186	2,868	318	ご家族に対して個別に相談援助等を行った場合	△
		居宅を訪問(所 要時間1時間以 上)	200	2,124	1,912	212		△
		事業所等で対 面	100	1,062	956	106		△
		オンライン	80	849	765	84		△
	家庭支援加 算 II (1回 につき 月 4回を限 度)	事業所等で対 面	80	849	765	84	ご家族に対してグループでの相談援助等を行った場合	△
		オンライン	60	637	574	63		△
	多職種連携支援加算(1回につ き 月1回限度)	200	2,124	1,912	212	訪問支援員特別加算の対象となる訪問支援員を含む、職種の異なる複数人で連携して訪問支援を行った場合	△	
	ケアニーズ対応加算(1日につ き)	120	1,274	1,147	127	訪問支援員特別加算の対象となる職員を配置し、重症心身障害児等の著しく重度の障害児や医療的ケア児に対して支援を行った場合	△	
	関係機関連携加算(1階につき 月1回を限度)	150	1,593	1,434	159	訪問先施設及び利用児童の支援に関わる関係機関との会議等により情報連携を行った場合	△	
	利用者負担上限額管理加算	150	1,593	1,434	159	事業所が利用者負担額合計額の管理を行った場合、1月につき	△	
福祉・介護職員処遇改善加算 I～IV 2024年6月1日以 降	月の総 単位数 × 12.9	左記単 位 × 10.62円	左記総額 の 90/100	左記総額の 10/100	要件を満たし、行政に届出を行ったうえで職員の賃金の改善等を行っている場合に、い	○		

	～9.6%				ずれかを算定	
福祉・介護職員処遇改善加算 I 2024年5月31日まで	月の総 単位数 ×8.1%	左記単 位 × 10.62円	左記総額 の 90/100	左記総額の 10/100	要件を満たし行政に届出を行 ったうえで職員の賃金の改善 等を行っている場合に算定	○
福祉・介護職員等特定処遇改 善加算 2024年5月31日ま で	月の総 単位数 ×1.1%	左記単 位 × 10.62円	左記総額 の 90/100	左記総額の 10/100		
福祉・介護職員等ベースアッ プ等支援加算 2024年5月 31日まで	月の総 単位数 ×2.0%	左記単 位 × 10.62円	左記総額 の 90/100	左記総額の 10/100		○

- ・国の定める方法により報酬算定を行います。加算については要件を満たした場合に生じます。
- ・法改正等により内容が変更される場合もあります。
- ・国が定める基準に基づき、事業者が通所給付費を代理受領する場合には、1割の利用者負担が発生します。なお、当月合計金額が、市町村が決定する利用負担上限月額を超える場合、その額を超えての徴収は行いません。負担上限月額等に関する詳細については、市町村窓口までお問合せください。
- ・単位数に地域区分（5級地：10.62円）を乗じた額（小数点以下切捨て）となります。
- ・端数処理により、若干の差異が生じる場合があります
- ・障害児通所支援（児童発達支援、放課後等デイサービス等）と障害福祉サービス（身体介護等）を併せてご利用の場合、利用者負担額の合算が、基準額を超えた部分について、償還払いがされることがあります。詳しくは市町村窓口へお問合せください。
- ・算定状況や内容等に変更が生じた場合は、その都度、お知らせいたします。