

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年大阪市条例第19号）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 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KS パートナーズ
代表者氏名	熊野 賢
本社所在地 (連絡先)	〒545-0053 大阪府大阪市阿倍野区松崎町二丁目3番37号 電話 06-6643-9011 / Fax 06-6537-1597
法人設立年月日	平成22年 7月 6日

2 ご利用者への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

事業所名称	エミット上本町
サービスの 主たる対象者	障がい児（18歳未満の身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者（発達障がい児を含む）及び難病等対象者）
事業所番号	児童発達支援 放課後等デイサービス 2751720547号（令和6年4月1日指定）
管理者	小野 真
児童発達支援 管理責任者	小野 真
事業所所在地	〒540-0021 大阪市天王寺区東高津町1-9 アベニューイースト高津1階
連絡先 相談担当者名	電話 06-6684-8587 / Fax 06-6537-1597 相談担当者名：小野 真
事業所の通常の 事業実施地域	天王寺区を中心とした大阪市全域とする。
事業所が行なう 他のサービス	児童発達支援事業 2751720547号（令和6年4月1日指定）

利用定員	10名
開設年月日	令和6年4月1日

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	株式会社K S パートナース（以下「事業者」という。）が設置する エミット上本町（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児童発達支援、放課後等デイサービス（以下「指定児童発達支援、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、指定児童発達支援、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（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児童発達支援、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する。
運営方針	事業所は、障害児が日常生活における基本的動作を習得し、及び集団生活に適応することができるよう、障害児等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する。 2 指定児童発達支援、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。 3 前三項のほか、法及び「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年大阪市条例第19号）に定める内容のほか関係法令等を遵守し、指定児童発達支援、指定放課後等デイサービスを実施するものとする。

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月～金曜日 （国民の祝日、12月29日～1月3日、8月13日～8月15日除く）
営業時間	9時～18時

(4) サービス提供可能な日と時間帯

サービス提供日	月～金曜日 （国民の祝日、12月29日～1月3日、8月13日～8月15日除く）
サービス提供時間	9時30分～17時30分

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	144.46 m ²
延床面積	738.63 m ²

(2) 設備

設備の種類	部屋数	備考
指導訓練室	1室	子供が遊び、療育、学習などを行う。
事務所	1室	支援計画、記録作成その他の業務を行う。
面談室	1室	保護者面談、支援計画面談などを行う。
トイレ	1室	洗面台付、洋式トイレ
キッチン	1室	お湯などを沸かす場（調理などは行わない）

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
管理者	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、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う。
児童発達支援 管理責任者	(ア) 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する。 (イ) 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児童発達支援、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、指定児童発達支援、指定放課後等デイサービスの目標及びその達成時期、指定児童発達支援、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通所支援計画の原案を作成する。 (ウ) 通所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た上で、作成した通所支援計画を記載した書面を通所給付決定保護者に交付する。 (エ) 通所支援計画作成後、通所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、少なくとも半年に1回以上、通所支援計画の見直しを行い、必要

	に応じて通所支援計画を変更する。 (オ) 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する。 (カ) 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、必要な支援を行う。 (キ) 他の職員に対する技術指導及び助言を行う。
児童指導員	支援計画に基づき障害児等に対し適切に指導等を行う。
保育士	支援計画に基づき障害児等に対し適切に指導等を行う。
障がい福祉サービス経験者	支援計画に基づき障害児等に対し適切に指導等を行う。
機能訓練担当職員	支援計画に基づき障害児等に対し適切に指導等を行う。
その他従業者	支援計画に基づき障害児等に対し適切に指導等を行う。

(2) 職員配置

職種	員数	常勤		非常勤		常勤換算	備考
		専従	兼務	専従	兼務		
管理者	1	1				1	児童発達支援管理責任者と兼務
児童発達支援管理責任者	1	1				1	管理者と兼務
児童指導員	2	2				2	
保育士	1	1				1	
障害福祉サービス経験者							
機能訓練担当職員	1	1				1	公認心理師
その他従業者							

(3) 勤務体系

職種	勤務体系
管理者	9時～18時
児童発達支援管理責任者	9時～18時

児童指導員	9時～18時
保育士	9時～18時
障害福祉サービス 経験者	9時～18時
機能訓練担当職員	9時～18時
その他従業者	9時～18時

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
通所支援 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通所支援計画を作成する。
日常生活訓練	日常生活動作を考え、利用者の心身の状況に応じて、公園への歩行、遊具の使用、軽スポーツ、音楽活動等を行い、利用者の動作・行動改善を行う。
集団生活適応訓練	会話、ジェスチャー、パソコン、タブレット等、利用者の心身の状況に応じ、日常で利用できる柔軟なコミュニケーション獲得のための支援を行う。
創作的活動	創作物・絵画・工作などを行い、後の学校生活、就労・就職支援に繋がる活動や、利用者の自己肯定感を高めていく。
更生相談・家族支援 ・地域支援等	健康状態の管理、利用者の家族に対しての心理・福祉その他の相談、助言、援助などを適宜行い、利用者と利用者の家族の生活の質の向上を行う。また、大阪市や相談支援員、幼稚園・保育所、学校などとの連携を行い、本児に合った支援を総合的に考えるための連携を図る。
介護方法の指導	家族等に対する介護技術指導などを行う。
健康指導	主に来所時の際の健康チェックを行う。また随時健康相談なども行う。
心理・適応テスト の実施	必要に応じて心理・適応行動テストの実施を行い、日常の生活・利用などに生かしていく。

(2) サービス料金

利用料金は、次表のとおりです。

基本報酬

放課後等デイサービス	利用料	利用者負担額
30分以上1時間30分以下	6,291円	629円
1時間30分以上3時間以下	6,674円	667円
3時間超5時間以下（休業日のみ）	7,299円	729円

<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。

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。

※ 放課後等デイサービス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、放課後等デイサービス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放課後等デイサービス費の支給（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	利用者負担額	内容
児童指導員等加配加算	常勤専従・経験 5年以上 2,049円	左記の1割	常時見守りが必要な障がい児の支援や保護者に対する支援方法の指導を行う等支援の強化を図るために、基準を上回る理学療法士等又は児童指導員等又はその他の従業者を1名配置している場合、利用1日につき加算されます。
	常勤専従・経験 5年未満 1,665円		
	非常勤専従・経験 5年以上 1,348円		
	非常勤専従・経験 5年未満 1,172円		
	その他従業者 986円		

専門的支援体制加算	1,348 円	左記の 1割	通常求められる従業者の員数に加え、未就学児に対する専門的で個別的な支援を行う専門職（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、心理指導担当職員、5 年以上児童福祉事業に従事した保育士・児童指導員）を配置している場合利用 1 日につき加算されます。
福祉専門職員配置等加算	(Ⅰ) 164円	左記の 1割	(Ⅰ)(Ⅱ)の場合 常勤の児童指導員等のうち、有資格者が一定割合以上場合、利用 1 日につき加算されます。 (Ⅲ)の場合 児童指導員又は保育士等のうち、勤務形態が常勤のものが 75%、又は勤続年数が 3 年以上のものが 30%を超える場合、利用 1 日につき加算されます。
	(Ⅱ) 109円		
	(Ⅲ) 65円		

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
家族支援加算（Ⅰ）	居宅を訪問 (1 時間以上) 3,288円	左記の 1割	障がい児の居宅を訪問し、障がい児及びその家族等に対する相談援助等の支援を個別に行った場合、月 4 回まで加算されます。
	居宅を訪問 (1 時間未満) 2,192円		
	事業所等で対面 1,096円		
	オンライン 876円		
家族支援加算（Ⅱ）	事業所等で対面 876円	左記の 1割	障がい児の居宅を訪問し、障がい児及びその家族等に対する相談援助等の支援をグループで行った場合、月 4 回まで加算されます。
	オンライン 657円	左記の 1割	
欠席時対応加算	1,030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、月 4 回まで加算されます。

子育てサポート加算	876 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、子どもの特性や、特性を踏まえた子どもへの関わり方に関して相談援助等を行った場合、月 4 回まで加算されます。
利用者負担上限額 管理加算	1, 644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。
送迎加算	591円	左記の 1割	事業所が障がい児に対し、送迎を行った場合、片道につき加算されます。
専門的支援実施加算	1, 644円	左記の 1割	理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は、心理指導担当職員、看護職員等を配置して、計画的に機能訓練又は心理指導を行った場合、1 日につき加算されます。原則月 2 回まで。
強度行動障がい児 支援加算	2, 192円	左記の 1割	強度行動障がい支援者養成研修を修了した職員を配置し、強度行動障がい有する障がい児に対して支援を行った場合、1日につき加算されます。
個別サポート加算(Ⅰ)	イ 986円	左記の 1割	著しく重度及び行動上の課題のあるケアニーズの高い障害児や虐待等の要保護・要支援児童に対して支援を行った場合、1日につき算定されます。 (Ⅰ)-イ：ケアニーズの高い子どもへの支援 (Ⅰ)-ロ：強度行動障害養成研修修了者が行わないしは著しく重度の障がいを持つ子どもへ支援 (Ⅱ)児童相談所やこども家庭センターと連携して支援 (Ⅲ)不登校の子どもへの支援
	ロ 1, 315 円		
個別サポート加算(Ⅱ)	1, 644円		
個別サポート加算(Ⅲ)	767円		
関係機関連携加算	(Ⅰ) 2, 740円	左記の 1割	関係機関と連携して行う個別支援計画や連絡調整等を行った場合に算定されます。 (月 1 回を限度) (Ⅰ) 保育所や学校と連携し支援計画作成 (Ⅱ) 保育所や学校との情報連携 (Ⅲ) 児童相談所、医療機関等の情報連携 (Ⅳ) 就学先、就職先との連絡調整
	(Ⅱ) 2, 192円		
	(Ⅲ) 1, 644円		
	(Ⅳ) 2, 192円		
保育・教育等 移行支援加算	5, 480円	左記の 1割	通所支援事業所を退所して保育所等に通うこととなった場合、加算されます。(1 回を限度)
集中的支援加算	10, 960 円	左記の 1 割	子どもの状態が悪化した場合に、広域的支援人材が支援施設、共同生活援助事業所な

			どを訪問し、集中的な支援を行い、3 カ月以内の期間に限り月に 4 回を限度として加算されます。
自立サポート加算	1,096 円	左記の 1 割	高校 2、3 年生に対して学校卒業後の生活に向けて相談援助や体験等の支援を行うと加算されます。
通所自立支援加算	657 円	左記の 1 割	自立して通所が可能になるよう、職員が付き添って計画的に支援を行うと加算されます。
医療連携体制加算	(Ⅰ) 350円 (1 時間未満)	左記の 1 割	看護職員が事業所を訪問して子どもに対して看護を行った場合、算定されます
	(Ⅱ) 690円 (1 時間以上 2 時間未満)		
	(Ⅲ) 1,370円 (2 時間以上)		
延長支援加算	30 分以上 1 時間未満 668円	左記の 1 割	運営規程に定められた営業時間（8 時間以上の場合に限る）を超えてサービスを利用した場合、1 日につき加算されます。
	1 時間以上 2 時間未満 1,008円		
	2 時間以上 1,348円		
延長支援加算 (重症心身障がい児または 医療的ケア児の場合)	30 分以上 1 時間未満 1,402円	左記の 1 割	
	1 時間以上 2 時間未満 2,104円		
	2 時間以上 2,805円		

6 その他の費用について

内 容	料 金
創作的活動に係る材料費	実費相当額
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 (例：遠足の交通費、入園料等)	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	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26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) 指定口座からの自動振替 (3) 事業者指定口座への振り込み 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。 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。
------------------------	---

※ 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) 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

- ① 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。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	株式会社KS パートナース 代表取締役 熊野 賢
-------------	-----------------------------

- ② 苦情解決体制を整備しています。
③ 従業員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 秘密の保持と個人情報の保護について

①障がい児又はその家族に関する秘密の保持について	事業者は、障がい児又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。 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又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。 事業者は、従業者に業務上知り得た障がい児又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、その秘密を保持すべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
②個人情報の保護について	○ 事業者は、障がい児又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、障がい児又はその家族の個人情報を提供しません。 ○ 事業者は、障がい児又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。 ○ 事業者が管理する情報については、障がい児又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などが必要な場合は利用者の負担となります。）

11 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、利用者の状態に応じて、必要な対応を行います。

連絡先：電話番号 06-6684-8587 （対応可能時間 9：00～18：00）

12 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	医療法人同友会 共和病院		
医院長名	辺 秀俊		
所在地	〒544-0021 大阪市生野区勝山南4-16-10		
電話番号	06-6718-2221		
診療科	小児科・内科・ 整形外科 等	入院設備	あり

13 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。

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。

市町村	市町村名	大阪市
	担当部・課名	障がい者施策部 運営指導課
	電話番号	06-6241-6527 (ファックス番号：06-6241-6608)
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 (ファックス番号：06-6944-6674)

保険加入	本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。 保険会社 あいおいニッセイ同和損害保険 保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険 保障の概要 賠償責任保険普通保険約款 介護保険事業者・社会福祉施設特別約款 および付帯するその他の特約
------	---

14 非常災害時の対策

非常時の対応	非常災害に対する具体的計画を立てると共に、非常災害に備えるため、定期的な防災訓練等を行います。
平時の訓練	防災教育及び訓練を年4回実施します。
防災設備	・自動火災報知機 ☒ ・非常通報装置 ☒ ・避難はしご ☒ ・放水口 ☒ ・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（食糧・飲料水3日分） （その他、拡声器・携帯ラジオ・ロープ・懐中電灯等） ・誘導灯 ☒ ・非常用電源 ☒

15 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 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、状況の聞き取りのための訪問を実施し、事情の確認を行う。

- ② 相談担当者は、把握した状況を法人代表者とともに検討を行い、対応を決定する。
- ③ 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。(時間を要する内容もその旨を翌日までに連絡する。)

【事業者の窓口】 エミット上本町 (事業者の担当部署・窓口の名称)	所在地：大阪府大阪市天王寺区東高津町 1-9 アベニューイースト高津 1 階 電話番号：06-6684-8587 ファックス番号：06-6537-1597 受付時間：月～金曜日 午前9時～午後6時 担当者：管理者 小野 真
【市町村の窓口】 大阪市天王寺区保健福祉センター (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：大阪市天王寺区真法院町 20 番 33 号 電話：06-6774-9986 ファックス番号：06-6772-4904 受付時間 月～金曜日 (祝日を除く) 午前9時～午後5時30分
【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」	所在地 大阪府中央区中寺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～金曜日 (祝日を除く) 午前10時～午後4時

16 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。

17 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。

18 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提供に当り、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。

19 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

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。)

20 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。

21 第三者評価の実施状況
な し

22 事業所ご利用の際にご留意いただく事項

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。
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。 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 営利活動	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。

23 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
-----------------	---	---	---

24 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年大阪市条例第19号）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	〒543-0021 大阪府大阪市天王寺区東高津町 1-9 アベニューイースト高津 1 階	
	法人名	株式会社K S パートナース	
	代表者名	熊野 賢	印
	事業所名	エミット上本町	
	説明者氏名		印

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 （通所給付 決定保護者）	住所	
	氏名	印
	続柄	
利用者（児童）氏名		

代理人	住所	
	氏名	印