

法人名	NPO法人ちはや子どもサポート
事業所名	マザーズハウスきずなStep
住所	大阪府南河内郡千早赤阪村小吹68-827
連絡先	0721-21-7615
メールアドレス	info@mothershouse.co
問い合わせ担当者	井本 和代

1. 基本要件

・ チェック欄で該当・非該当を選択して回答。また、確認事項の各項目について、該当する番号に○をつけること。

項番	添付書類	確認事項	チェック欄
1	○委員名簿や議事録等、参画をしていることが確認できる書類	<p>○ 市町村及び地域の関係機関との連携体制を確保しているか。</p> <p>以下のいずれかに該当する場合には、要件を満たすものとする。                  ① (自立支援)協議会(こどもの専門部会含む)又はこれに準ずる会議等に参画している場合。                  ② (自立支援)協議会の設置がない場合等であって、市町村が開催する障害福祉・障害児支援に関する会議への参加や、市町村と定期的に情報共有等を目的とした会議を開催している場合。                  ③ 令和6年4月1日時点では上記の各取組を実施していないが、令和6年度早期に実施予定である場合。その場合には、市町村と事前に協議・調整を行い、市町村が認めたものであること。</p>	該当
2	○運営規程	<p>○ 専門的な発達支援及び家族支援を提供する体制を確保しているか。</p> <p>以下、専門的な発達支援及び家族支援を提供するために取り組んでいる内容                  (セラピスト一言語聴覚士・作業療法士・5年以上児童の支援に携わっている保育士・児童指導員の配置。親会の開催。必要時、保護者面談・自宅訪問を行い必要な対応を行う。)</p>	該当
3	○各事業の指定通知書や事業の実施が確認できる書類等	<p>○ 地域の障害児通所支援事業所との連携、インクルージョンの推進、早期の相談支援等の中核的な役割を果たす機能を有し、その体制を確保しているか。</p> <p>以下、中核的な役割を果たすための取組・体制等について、該当する項目に○をつけること。なお、以下の要件を全て満たすことを求めるものではないことに留意すること。</p> <p>Ⅰ. 地域の障害児通所支援事業所との連携体制                  ① 地域の障害児通所支援事業所等が参加できる研修会等を開催している場合                  ② 定期的に、地域の障害児通所支援事業所を参集して、情報共有の場を設けている場合                  ③ 地域障害児支援体制強化事業や障害児療育支援事業、その他事業を活用し、地域の障害児通所支援事業所に対して助言・援助を行っている実績がある場合</p> <p>Ⅱ. インクルージョンの推進のための体制                  1. 保育所等訪問支援の指定を有している場合。(人材確保を行い、現在、育成中)                  2. 同一法人及び同一市町村内であって、保育所等訪問支援の指定を有している事業所との連携により、体制を確保している場合(指定管理等の場合であって、一体的に運用されている場合には他法人でも可)。                  3. 自治体からの補助、委託事業等により、保育所等への訪問支援を行う体制がある場合。</p> <p>Ⅲ. 早期の相談支援等を行うための体制                  ① 障害児相談支援の指定を有している場合。                  ② 同一法人及び同一市町村内であって、障害児相談支援の指定を有している事業所との連携により、体制を確保している場合(指定管理等の場合であって、一体的に運用されている場合には他法人でも可)。                  ③ 市町村から委託相談を受託している場合。                  ④ 発達支援の入口の相談を、市町村が中心になって行っており、当該相談と日常的な連携を図りながら、必要な支援を提供できる体制があること。</p> <p>令和6年4月1日時点では上記を実施していないが、令和6年度早期に実施する項目がある場合                  ⇒ 実施予定の場合は、実施目安となる時期 月頃</p>	該当
4	○公表が確認できる書類	<p>○ 地域の障害児支援体制の状況及び基本要件に関する取組の状況を年に1回以上公表しているか。                  ※ 令和6年度終了後の公表を想定しているため、令和6年度中は未実施で可</p> <p>以下に該当する場合には、要件を満たすものとする。                  1. 地域の障害児支援体制の状況及び基本要件に定める取組の状況について年に1回以上公表している場合。この場合、市町村や他の加算対象事業所との連携により、共同で作成したものであっても差し支えない。</p>	該当
5	○第三者評価等の報告書(直近で受審した年度分)	<p>○ 自己評価の項目について、外部の者による評価を概ね年に1回以上受けているか。                  ※ 令和6年度中は、今後実施予定であることでも差し支えない</p> <p>以下のいずれかに該当する場合には、要件を満たすものとする。                  ① 第三者評価等、外部の評価機関による外部評価を受審している場合。(令和7年8月実施)                  ② 運営基準に定められている自己評価を行う際に、第三者の同席を求める等、第三者が参画する形で自己評価を行っている場合。                  ⇒ 実施予定の場合は、実施目安となる時期 月頃</p>	該当

## 2. 体制要件

※チェック欄で該当・非該当を選択して回答

	添付書類	確認事項	チェック欄
	<p>○該当する職員の資格を証明する書類 ○実務経験証明書</p>	<p>1. 基本要件の2及び3の取組を進める上で中心となる者を配置できる体制があること。</p> <hr/> <p>以下の職種に該当する者であって、障害児通所支援又は障害児入所支援、若しくは障害児相談支援に5年以上従事した経験のある者を、児童発達支援給付費の算定に必要な人員に加えて1以上配置(常勤専任による配置)できる場合。 ※ 経験年数は、資格取得後から当該支援に従事した経験年数とする。 【対象となる職種】 理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、看護職員、心理担当職員、保育士、児童指導員</p>	<p>該当</p>

## 3. 開始日

開始日	
令和7年1月から開始している	<p>※開始日は、請求対象となる月の1日付とする(例えば、令和6年4月利用分を5月に請求する場合には、開始日は令和6年4月1日と記入)。 ※現時点においては、本加算の要件に適合しないが、要件に適合する目的が立っている場合は、その時期(年・月)を記入すること。</p>