

「児童発達支援」重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定児童発達支援に関する利用契約の締結を希望される方に対して、関係省令に基づき、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を説明するものです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 営業日及び営業時間	2
4. サービス提供日及びサービス提供時間	2
5. 事業所の構造・設備について	2
6. 職員の体制	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金	4
8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項	5
9. 虐待の防止について	6
10. 協力医療機関について	6
11. 事故発生時の対応方法について	6
12. 苦情等の受付について	7
13. 事業所ご利用の際にご留意いただく事項	7
14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況	8

社会福祉法人 若宮福祉会

東青葉にじいろさぽ〜とひろば

当事業所は福岡市の指定を受けています。

令和8年4月更新

1. 事業者

事業者名称	社会福祉法人 若宮福祉会
代表者氏名	理事長 渡 雅代
本社所在地 (連絡先)	福岡県宮若市乙野字六反田 1465 番地 TEL0949-54-1115 FAX0949-54-1135
法人設立年月日	平成 2 年 12 月 12 日

2. 事業所の概要

事業所名称	東青葉にじいろさぼ〜とひろば
事業の目的	社会福祉法人若宮福祉会が開設する東青葉にじいろさぼ〜とひろば（以下「事業所」という。）が行う指定児童発達支援事業（以下「事業」という。）の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関することを定め、事業所の従事者が、通所給付決定保護者及び障がい児に対し、適正な児童発達支援を提供することを目的とする。
運営の方針	事業所は、通所給付決定保護者及び障がい児の意向、障がい児の特性、障がいの特性その他の事情を踏まえた計画（以下「通所支援計画」という。）を作成し、これに基づき障がい児に対して指定通所支援を提供するとともに、その効果について継続的な評価を実施することとその他の措置を講ずることにより障がい児に対して適切かつ効果的に指定児童発達支援を提供する。 2 事業所は、障がい児の意思及び人格を尊重して、常に当該障がい児の立場に立った指定児童発達支援の提供に努める。 3 事業所は、地域及び家庭との結び付きを重視した運営を行い、県、市町村、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に規定する障がい福祉サービスを行う者、児童福祉施設その他の保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携に努める。 4 事業所は、障がい児の人権の擁護、虐待防止等のため、責任者を設置する等必要な体制の整備を行い、職員に対し研修を実施する等の措置を講じるよう努める。 5 事業の実施にあたっては、前 4 項の他、関係法令等を遵守する。
指定事業所番号	4050200403 号（令和 6 年 1 月 1 日指定）
管理者	渡 雅代
児童発達支援管理責任者	池田 佳子
事業所所在地	〒813-0025 福岡市東区青葉 1 丁目 7-25
連絡先	TEL 092-691-0020 FAX 092-691-0032
事業所の通常の事業実施地域	福岡市全域

事業所が行う 他の指定障がい 福祉サービス	なし
利 用 定 員	10 名
開 設 年 月 日	令和 6 年 1 月 1 日

3. 営業日及び営業時間

営 業 日	月曜日～金曜日（国民の休日及び12月29日～1月3日を除く）
営 業 時 間	9：00～18：00

4. サービス提供日及びサービス提供時間

サービ ス 提 供 日	月曜日～金曜日（国民の休日及び12月29日～1月3日を除く）
サービス提供時間	9：30～15：30

※天候不良・自然災害時の対応について

事業所は、ご利用者様の安全確保を最優先とし、天候不良（台風・大雪・暴風雨等）や地震・洪水などの自然災害により、安全なサービス提供が困難と判断される場合、休所とする事があります。休所が決定した際には、可能な限り事前にお電話・メール（HUG）等のツールよりご連絡いたしますが、災害の状況によっては直前のご案内となる可能性がございます。何卒、ご理解・ご了承のほどよろしくお願い申し上げます。

5. 事業所の構造・設備について

(1) 構造

構 造	木造 2階建て
-----	---------

(2) 設備

設 備 の 種 類	部 屋 数	備 考
指 導 訓 練 室	1 室	専用
相 談 室	1 室	兼用
ト イ レ	1 室	兼用
事 務 室	1 室	兼用

6. 職員の体制

職 種	職 務 内 容	人 員 数
管 理 者	管理者は、職員の管理、サービス利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他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障がい児通所支援の実施に関し、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ほか、利用児童及び保護者に対し、その内容等について、必要な説明を行います。	常 勤 1 人
児 童 発 達 支 援 管 理 責 任 者	児童発達支援管理責任者は、指定児童発達支援にかかる通所支援計画（以下「児童発達支援計画」という。）の作成に関する業務のほか、常に障がい児の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、障がい児又はその家族に対して、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う。また、他の職員に対する技術的な指導及び助言を行う。	常 勤 1 人以上
児 童 指 導 員 ・ 保 育 士	児童指導員、保育士は、指定児童発達支援の単位ごとに提供を行う時間帯を通じて、専ら指定児童発達支援の提供に当たる。	常勤職員 3 名 非常勤職員 2 名
機 能 訓 練 担 当 職 員	機能訓練担当職員は、日常生活を営むのに必要な機能訓練を行う。	常 勤 1 人以上

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
個別支援計画の作成	利用者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個別支援計画を作成します。
日常生活訓練	日常生活動作、歩行、軽スポーツ、音楽活動等を行います。
集団生活適応訓練	会話、レクリエーション、イベントの参加など地域との交流等を行います。
創作的活動	絵画、工作等を行います。
生活相談	利用児童及びその家族が希望する生活や利用児童の心身の状況等を把握して、適切な相談・助言・援助等を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックを行うなど、常に利用児童の健康状況に注意するとともに、医療機関との連絡調整や協力医療機関を通じて健康保持のための適切な支援を行います。

(2) 利用料金

- ・ 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。
- ・ 保護者の方は、世帯の所得に応じた額（負担上限月額）をご負担ください。ただし、1割相当額の方が低い場合は、その額までのご負担となります。

※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。

※障がい児通所給付費等について事業者が代理受領を行わない（保護者が償還払いを希望する）場合は、障がい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がい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。

(3) その他の費用について

内 容	料 金
行事等による費用	実費
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、その利用者に負担させることが適当と認められるもの	実費

(4) 利用料金等のお支払い方法

前記(2)の費用は、サービスを利用した月の翌月 10 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上、請求月の 15 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 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア. 窓口での現金支払

イ. 下記指定口座への振り込み

福岡銀行 金田支店 普通預金 1580752

(名義人) 社会福祉法人 若宮福祉会

東青葉にじいろさぽ〜とひろば

管理者 渡 雅代

ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし

ご利用できる金融機関：福岡銀行

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。

また、障がい児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、保管をお願いします。

8. サービスのご利用の際にご留意いただく事項

(1) 受給者証の確認

受給者証に記載された「住所」、「利用者負担額」、「支給量」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに職員にお知らせください。また、職員が「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。

(2) 個別支援計画の作成

確認した支給決定内容に沿って、保護者及び利用児童の意向に配慮しながら個別支援計画を作成します。作成した個別支援計画については、案の段階で保護者及び利用児童に内容を説明し、保護者の同意を得た上で交付いたします。

(3) 個別支援計画の変更等

個別支援計画は、利用児童等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。

(4) サービス実施記録の確認

サービス実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、保護者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。

なお、個別支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービスを提供した日から 5 年間保存します。

(5) 利用児童の記録や情報の管理、開示について

当事業所では、関係法令に基づいて、利用児童の記録や情報を適切に管理し、保護者の求めに応じてその内容を開示します。

なお、開示に際して必要な複写料などの諸費用は、保護者の負担となります。

9. 虐待の防止について

事業者は、利用児童等の人権の擁護・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 虐待防止に関する担当者及び責任者を選定しています。

虐待防止に関する担当者	主任 三田 恵花
虐待防止に関する責任者	東青葉保育園園長 渡 真樹

- 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防止を啓発・普及するための研修を実施しています。

10. 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 あおばクリニック		
医 院 長 名	伊藤 大樹		
所 在 地	福岡県福岡市東区青葉 3-1-6		
電 話 番 号	092-663-2037		
診 療 科	小児科	入 院 設 備	無

11. 事故発生時の対応方法について

利用児童に対するサービスの提供により事故が発生した場合は、県、市町村、利用児童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、利用児童に対する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。

【当事業所は、下記の損害賠償保険に加入しています。】

保険会社名 あいおいニッセイ同和損保

保険名 賠償責任保険

補償の概要 企業総合補償保険

12. 苦情等の受付について

(1) 提供したサービスに係る保護者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。

事業者の窓口	苦情受付担当者（職名）保育士 （氏名）三田 恵花 苦情解決責任者（職名）東青葉保育園園長（氏名）渡 真樹
市町村の窓口	【事業所所在地市町村】 福岡市こども未来局 子育て支援部こども発達支援課 所 在 地 〒812-0053 福岡県福岡市中央区天神一丁目 8 番 1 号 電話番号 092-711-4987 ファックス番号 092-733-5883 受付時間 9 時 00 分～17 時 00 分
公的団体の窓口	福岡県運営適正化委員会 所 在 地 〒816-0804 福岡県春日市原町 3 丁目 1 番地 7 (社会福祉法人福岡県社会福祉協議会) 電話番号 092-915-3511 ファックス番号 092-584-3790 受付時間 月～金（祝日を除く） 9 時 00 分～17 時 00 分

当事業所では地域にお住まいの方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所に対するご意見などもいただいています。当事業所への苦情や意見は第三者委員に相談することもできます。

第三者委員氏名・連絡先	中原憲幸	TEL 090-6426-1089
第三者委員氏名・連絡先	荒牧公一	TEL 0949-52-2918
第三者委員氏名・連絡先	高井浩一	TEL 090-1088-2317

13. 事業所のご利用の際にご留意いただく事項

感 染 症 対 策	利用児童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。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いたします。
宗教活動・政治活動 営利活動	利用児童及び保護者の思想、信仰は自由ですが、他の利用児童等に対する宗教活動、政治活動及び営利活動はご遠慮ください。

14. 提供するサービスの第三者評価の実施状況

実施の有無	有 ・ 無
実施した直近の年月日	令和 6 年 10 月 3 日
実施した評価機関の名称	公益社団法人 福岡県社会福祉士会
評価結果の開示状況	第三者評価推進機構ホームページ及び WAMNET に掲載

指定児童発達支援の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

管理者 氏名 印

説明者職名 氏名 印

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定児童発達支援の提供開始に同意しました。

年 月 日

保護者住所 氏名 印

利用児童名