

楽しく療養通所 プルーンベリーハウス

放課後等デイサービス(重心用)

重要事項説明書

令和8年6月1日

1. 事業目的と運営方針

事業目的は、給付決定保護者及び障がい児に対し、適正な放課後等デイサービスを提供することです。運営方針は、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通所支援計画を作成し、これに基づき障がい児に対して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、障がい児に対して適切かつ効果的に指定放課後等デイサービスを提供することです。また、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放課後等デイサービスの提供に努め、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、障がい者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するため、障がい福祉サービス・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との連携に努めます。

2. 指定放課後デイサービスを提供する事業者

事業者名称	株式会社アイランドケア
代表者氏名	代表取締役 島 徹
本社所在地 (連絡先及び電話番号等)	福岡市南区野多目1丁目10-1 (電話 092-984-1413 FAX 092-982-0601)
法人設立年月日	平成27年10月21日

3. 利用者に対するサービス提供を実施する事業所

事業所名称	楽しく療養通所 プルーンベリーハウス
事業所番号	405120055
事業所所在地	福岡市南区野多目1丁目10-33 1F
管理者	横山 麻衣子
連絡先・相談担当者名	電話：092-984-1413 横山 麻衣子
サービスを提供する地域	福岡市(南区、城南区、中央区、博多区、早良区)、春日市、那珂川市
利用定員	5名

4. 事業所窓口の営業日及び営業時間、対象となる利用者

営業日	月～土(祝日、8/13～8/15、12/29～1/3を除く)
営業時間	8:45～17:45
サービス時間	9:15～17:00(送迎時間を含む、送迎の都合等で時間は変動することがあります)
サービス提供日	月～土(祝日、8/13～8/15、12/29～1/3を除く)
対象利用者	主に重症心身障がい児 *医療的ケアがある方(判定スコア8以上)

5. 事業所の管理体制

職	職務内容	人員数
管理者	従業員の管理及び利用申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行い、従業員に必要な指揮命令を行います。	常勤兼務 1名

児童発達支援管理責任者	個別支援計画の作成には、適切な方法により、障がい児について、その有する能力、その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、給付決定保護者及び障がい児の希望する生活並びに課題等の把握を行い、障がい児の発達を支援する上で、心身の健康等に関する領域との関連性およびインクルージョンの観点を踏まえた適切な支援内容の検討を行います。また、作成にあたっては、障がい児に対するサービスの提供に当たる担当者等を招集して行う会議を開催し、個別支援計画の原案について意見を求めます。また、サービス実施状況の把握を行うとともに、障がい児について解決すべき課題を把握し、少なくとも6ヶ月に1回以上、個別支援計画の見直しを行い、必要に応じて当該計画の変更を行います。その他、業務を行うにあたっては、障がい児が自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、障がい児及びその給付決定保護者の意思をできる限り尊重するよう努めます。	常勤兼務 1名以上
看護師	看護師は、当該事業所を利用する障がい児の健康管理、必要に応じて医師の指示に基づく医療処置、アドバイス等を行います。	常勤兼務 2名 非常勤兼務 8名
機能訓練員	障がい児が自立した日常生活を営むのに必要なリハビリテーション(機能訓練等)を行います。	理学療法士 非常勤兼務 3名 作業療法士 非常勤兼務 1名
児童指導員・保育士	指導員又は保育士は、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ります。	常勤兼務 3名 非常勤兼務 6名
指導員	障がい児の心身の状況に応じ、利用者の自立の支援と日常生活の充実に資するための適切な介護等に従事します。	常勤専従 1名 非常勤専従 1名
送迎員	交通法規を遵守し、安全に障がい児をご自宅まで送迎をします。	非常勤兼務 3名
嘱託医	当該事業所を利用する障がい児に対し必要に応じ健康管理、医療処置、アドバイスを行います。	

6. サービス内容

種類	サービスの内容	
支援計画	自立した日常生活や社会生活を営むことができるよう、個別支援計画を作成します。支援計画内容は、利用者の希望、心身の健康等に関する領域との関連性、移行期におけるインクルージョンの観点、地域との結び付きの重要性、関係市町村、福祉サービス又は保健医療サービス等の関係機関との密な連携などを踏まえたものとします。	
送迎	事業者が保有する自動車により、利用者の居宅と事業所までの間の送迎を行います。ただし、道路が狭いなどの事情により、自動車による送迎が困難な場合は、車いす(バギー)又は歩行介助により送迎を行うことがあります。	
日常生活上の世話	経管栄養及び食事介助	主に経管栄養を行います。利用者が食事を持参した場合は食事介助を行います。
	入浴の提供及び介助	入浴の提供及び介助が必要な利用者に対して、入浴(全身浴・部分浴)の介助や清拭(身体を拭く)、洗髪などを行います。
	排せつ介助	介助が必要な利用者に対して、排泄の介助、おむつ交換を行います。
	更衣介助	介助が必要な利用者に対して、上着、下着の更衣の介助を行います。
その他	機能訓練	利用者が自立した日常生活又は社会生活を営むのに必要な機能の減退を防止するための訓練を行います
	創作活動など	利用者の選択に基づき、趣味・趣向に応じた創作活動等の場を提供します。

7. 事故発生時の対応

サービスの提供により事故が発生した場合に備え、マニュアルを策定し、事故発生時にはこれに基づき市町村、ご家族、居宅介護支援事業所、医療機関その他関係機関への連絡を行うなど必要な措置を講じ、事故状況や事故に際してとった処置について記録し、賠償すべき事故の場合には、損害賠償を速やかに行います。

8. 緊急時の対応

利用者様の病状に急変が生じた場合、訪問し必要な場合は、速やかに主治医に連絡を取るなどの措置を取ります。

【主治医】	医療機関名		
	医師名		
【家族等緊急連絡先】 * 連絡先は2つお教えてください	氏名	続柄	連絡先
【嘱託医】	医療機関名 在宅療養支援診療所 むらおかホームクリニック 住所 福岡市南区横手 2 丁目 32-5 電話番号 092-985-1980		

9. 損害賠償責任保険

保 險 会 社	保険会社:東京海上日動火災保険株式会社 TEL:092-752-1811
保 險 内 容	超ビジネス保険(事業活動包括保険) 賠償責任保険

10. 利用者から受領する費用の額

【重症心身障がい児の場合】一単位当たりの単価(円) 10.76 円

基本報酬及び加算	単位	自己負担額
基本報酬 ※授業終了後	1,771 単位	1,890 円
基本報酬 ※休業日	2,056 単位	2,193 円
看護職員加配加算(Ⅰ)	400 単位/日	431 円
看護職員加配加算(Ⅱ)	800 単位/日	861 円
児童指導員等加配加算		
— 常勤専従・経験 5 年以上	374 単位/日	403 円
— 常勤専従・経験 5 年未満	305 単位/日	329 円
— 常勤換算・経験 5 年以上	247 単位/日	266 円
— 常勤換算・経験 5 年未満	214 単位/日	231 円
— その他の従業者を配置	180 単位/日	194 円
専門的支援体制加算	247 単位/日	266 円
専門的支援実施加算		
— 月利用回数 6 日未満の場合は 2 回まで	150 単位/日	162 円
— 月利用回数 6 日以上 12 日未満の場合は 4 回まで		
— 月利用回数 12 日以上の場合は 6 回まで		
福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	15 単位/日	17 円
送迎加算	54 単位/片道	59 円
送迎加算 ※重症心身障がい児または医療的ケア児の場合	40 単位/片道	43 円
送迎加算 ※医療的ケア児(16 点以上の場合)	80 単位/片道	86 円
欠席時対応加算(Ⅰ) ※定員充足率が 80%未満の場合月 8 回を限度	94 単位/回	102 円
入浴支援加算(月 8 回を限度)	70 単位/回	76 円
利用者負担上限額管理加算(月 1 回を限度)	150 単位/回	162 円
関係機関連携加算(Ⅰ)(月 1 回を限度)	250 単位/回	269 円
関係機関連携加算(Ⅱ)(月 1 回を限度)	200 単位/回	216 円
関係機関連携加算(Ⅲ)(月 1 回を限度)	150 単位/回	162 円
関係機関連携加算(Ⅳ)(1 回を限度)	200 単位/回	216 円
家族支援加算(Ⅰ)(月 4 回を限度) ※個別対応		
— 居宅訪問の場合で所要時間 1 時間以上	300 単位/回	323 円
— 居宅訪問の場合で所要時間 1 時間未満	200 単位/回	216 円
— 事業所等で対面	100 単位/回	108 円
— オンライン	80 単位/回	86 円
家族支援加算(Ⅱ)(月 4 回を限度) ※グループ対応		
— 事業所等で対面	80 単位/回	86 円

- (3)職員に対する虐待防止を啓発・普及するための委員会の設置及び研修を実施しています。
- (4)成年後見制度の利用を支援します。
- (5)行政や地域包括支援センター等との虐待等における通報先との連携・協力を努めます。

15. 暴言・暴力・ハラスメントについて

- (1)暴言・暴力・ハラスメントへの組織・地域での適切な対応を図るとともに、責任者を選定しています。

ハラスメントに関する責任者	横山 麻衣子
---------------	--------

- (2)職員に対して暴言・暴力・ハラスメントを防止し、啓発・普及するための研修を実施しています。
- (3)暴言・暴力・ハラスメント行為が、利用者や家族から職員に対してあった場合には、解約するだけでなく法的な措置とともに損害賠償を求めることがあります。

16. 感染症対策について

当事業所は取り組みとして委員会を設置し、指針とマニュアルの整備、研修及び訓練を実施していきます。

17. 相談窓口・苦情対応 ※当事業所の他、公的機関へ直接ご相談することもできます。

楽しく療養通所 プルーンベリーハウス	相談担当者： 横山 麻衣子		連絡先： 092-984-1413
	相談・苦情の受付時間： 8:45～17:45		
南区役所福祉・介護保険課	南区塩原 3-25-3 2階	TEL:092-559-5121	FAX:092-512-8811
博多区役所福祉・介護保険課	博多区博多駅前 2-8-1	TEL:092-419-1078	FAX:092-441-1455
城南区役所福祉・介護保険課	城南区鳥飼 6-1-1	TEL:092-833-4102	FAX:092-822-0911
中央区役所福祉・介護保険課	中央区大名 2-5-31	TEL:092-718-1145	FAX:092-771-4955
早良区役所福祉・介護保険課	早良区百道 2-1-1 1階	TEL:092-833-4352	FAX:092-831-5723
春日市福祉支援課	春日市原町 3-1-5 1階	TEL:092-584-1127	FAX:092-584-1154
大野城市福祉サービス課	大野城市曙町 2-2-1	TEL:092-580-1852	FAX:092-573-8083
那珂川市障がい者支援課	那珂川市西隈 1丁目1番1号	TEL:092-953-2211	FAX:092-953-2312
太宰府市福祉課	太宰府市観世音寺一丁目1番1号	TEL:092-921-2121	FAX:092-925-0294
宇美町福祉課	糟屋郡宇美町宇美 5-1-1 1F	TEL:092-934-2278	FAX:092-933-7512
福岡県社会福祉協議会運営適正化委員会	春日市原町 3-1-7	TEL:092-915-3511	FAX:092-584-3790
福岡県国民健康保険団体連合会(国保連)	博多区吉塚本町13番47号	TEL:092-642-7859	FAX:092-642-7856

18. その他運営に関する重要事項

- (1)サービスを利用するにあたって、保護者は宗教活動や営利を目的とした勧誘、暴力行為その他、他の保護者及び障がい児に迷惑を及ぼす言動を行いません。
- (2)当事業所では防犯への取り組みとして、日中は入口を施錠し、営業時間外においても警備会社におけるセキュリティを導入する等の対策を講じています。
- (3)**保護者の通所への同行は原則、初回～2回目まで。**当事業所には、訪問看護と一体的な運営を行い、利用者との馴染みの関係を構築のうえ通所することで、保護者のレスパイトを図るコンセプトがあります。お子さんを預けることに不安が強い保護者の方は訪問看護との一体的な利用もご検討下さい。もちろん、通所のみの利用も可能です。
- (4)**当事業所は、医療ケアがある重症心身障がい児の放課後等デイサービスです。地域に同様の事業所が不足している現状もあり、利用回数の制限や他事業所等のサービスとの併用をご提案させて頂くことがあります。ご了承ください。**

19. 写真等の肖像物の掲載について

事業内容や取り組みの紹介をするために、ケアの様子等を写真や映像で記録し、当社の公式 SNS やホームページなどに掲載することについてご協力をお願いしております。なお、掲載する写真や映像は、プライバシー保護に配慮し、個人情報についても適切に取り扱います。同意した後においても、本同意を撤回する場合や掲載の許可範囲を変更する場合は、お気軽にお知らせください。

★いずれかへチェックをお願いいたします

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することを理解して同意します。この同意により、

私本人または第三者からクレームなどの異議申し立てが一切なされないことを保証します。

私の肖像などを撮影した写真・映像を使用することについて希望いたしません。

※ご協力いただけない場合においても、サービス提供やご対応について一切変わりございません。

サービス提供開始にあたり、ご利用者または代理人に対して

重要事項について説明致しました。

事業所名：楽らく療養通所 プルーンベリーハウス

説明者：氏名

私は本書面により、
サービスの利用に際し重要事項の説明を確かに受け、これに同意いたします。

_____ 年 月 日

御利用者 氏名 _____

通所給付決定保護者 氏名 _____ 続柄： _____