

重要事項説明書

事業者名	株式会社シノケンウェルネス
事業所名	キッズライフ東福岡
事業種類	放課後等デイサービス

重要事項説明書

1. 事業者概要

事業者名	株式会社シノケンウェルネス（以下「当社」といいます。）
代表者	三浦義明
所在地	〒105-0013 東京都港区浜松町二丁目3番1号
資本金	1,000万円
事業所数	1カ所（2024年10月現在における放課後等デイサービス事業所数）
法人の理念	1. 真心と誠実さをもって謙虚な心でご利用者様に接し、自立支援のために高度なサービスを提供する。 2. ご家族の皆様安心していただけるように万全の管理体制でのぞみ、ご利用者様の安心を創造する。 3. 関連するすべての人々の幸せを確保するために誠意をもって会社を運営し、地域社会に貢献する。

2 事業所の概要

事業所名	キッズライフ東福岡（以下「事業所」といいます。）			
所在地	〒811-2321 福岡県糟屋郡粕屋町内橋西三丁目7番12号			
連絡先	電話	092-931-3633	FAX	092-931-3635
管理者氏名	下野 光弘			
児童発達支援管理責任者	(1階) —— / (2階)			
開設年月日	2024年10月1日	事業所番号	4050400789	
サービスの主たる対象者	障がい児			
利用定員	(1階) 10名 / (2階) 10名			
事業の目的	事業所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事項を定め、利用者が日常生活能力を向上させるために基本的動作及び知識技能を習得し、集団生活・社会生活に適應できるようにすること。また、利用者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訓練を行うことを目的とする。			

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

事業の実施地域	粕屋町 ※上記地域以外でもご希望の方はご相談ください。	
営業日時	営業日：月曜日～金曜日（12月31日～翌1月3日まで除く） 営業時間：（通常日）10時00分～19時00分 （休校日）10時00分～18時00分	
サービス提供時間	通常日：14時30分～17時30分 休校日：10時00分～16時00分	
損害賠償責任保険加入先保険会社	東京海上日動火災保険株式会社	
運営方針	<p>(1) わたしたちは、利用者を尊敬し、その命を守り、責任を持って保育を行ないます。</p> <p>(2) わたしたちは、ひとりひとりに「目配り・気配り・心配り」ができる個別療育に真正面から取り組んでいます。</p> <p>(3) わたしたちは、住み慣れた地域社会の中で、尊厳を保ちながら「自分が自分らしくありのまま」に生活できるようにお手伝いします。</p> <p>(4) わたしたち職員全員が「保育職人」だと自負し、より質と満足度が高い療育を目指して取り組んでいます。</p> <p>(5) わたしたちは、「必要な時」に「必要な量」の保育サービスを「必要な地域」で提供し、在宅生活をサポートします。</p> <p>(6) わたしたちは、誰もが安心して生活できる地域社会づくりに、草の根から貢献します。</p> <p>(7) わたしたちは、感染予防及びその蔓延予防に努め利用者の健康と生命を護ります。</p> <p>(8) わたしたちは、利用者の安全と人権保護の観点から適正な支援を実施し、利用者の自立と社会参加のための支援を妨げることのないようにし、虐待の防止を図ります。</p>	

3 サービスの内容

種類	内容
日常生活訓練	日常生活動作、軽スポーツ、音楽活動等
集団生活適応訓練	会話、ゲーム遊び等
機能訓練	言語療法、音楽療法等
創作的活動	絵画、工作、園芸、おやつレク等
社会的生活上の便宜の供与	レクリエーション行事等

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

排泄支援	トイレの誘導・介助等
送迎サービス	ご自宅から施設内までの送迎

4. 勤務体制

従事者の職種	勤務体制	出勤日・休憩
管理者	サービス提供時間内に常勤で勤務 児童発達支援管理責任者兼務	ローテーションによる
児童発達支援管理責任者	サービス提供時間内に常勤で勤務 1名管理者兼務	ローテーションによる
保育士	サービス提供時間内に常勤、非常勤で勤務	ローテーションによる
児童指導員等	サービス提供時間内に常勤、非常勤で勤務	ローテーションによる
保育士補助	サービス提供時間内に非常勤で勤務	ローテーションによる

5. 職員体制（2026年2月1日現在）

従事者の職種	人数 (名)	区分		常勤換算後 の人数(名)	備考(兼任の有無等)
		常勤 (名)	非常勤 (名)		
管理者	1	1	0	0.5	児童発達支援管理責任者兼務
児童発達支援管理責任者	1	1	0	0.5	管理者兼務
保育士	2	2	0	1.0	療育支援全般
児童指導員等	4	3	1	3.5	療育支援全般
保育士補助	0	0	0	0	療育支援補助全般

<職務内容>

(1) 管理者

管理者は、事業所の従業者及び業務の管理を一元的に行うとともに、事業所の従業者に対し法令等を遵守させるために必要な指揮命令を行う。

(2) 児童発達支援管理責任者

児童発達支援管理責任者は、指定放課後等デイサービスにかかる通所支援計画（以下「放課後等デイサービス計画」という。）の作成のほか、常に障害児の心身の状況、その置かれている環境等の的確な把握に努め、障害児又はその家族に対し、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、他の従業者に対する技術的な指導及び助言を行う。

(3) 保育士・児童指導員等

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

保育士又は児童指導員等は、指定放課後等デイサービスの単位ごとに提供を行う時間帯を通じて、専ら指定放課後等デイサービスの提供に当たる。

<資格保有者数>

資格及び研修		常勤	非常勤	計	(うち管理者)
主 な 資 格	保育士	2名	0名	2名	(1名)
	児童発達支援管理責任者	1名	0名	1名	(1名)
	児童指導員任用資格	1名	1名	1名	(0名)
	介護福祉士	0名	0名	0名	(0名)
	社会福祉士	0名	0名	0名	(0名)
	精神保健福祉士	0名	0名	0名	(0名)
	看護師	0名	0名	0名	(0名)
	准看護師	0名	0名	0名	(0名)
	理学療法士	1名	0名	1名	(0名)
	作業療法士	1名	0名	1名	(0名)

6. 急変・救急時の対応

利用者の容態に急変、又は状態に著しい悪化がみられ、医師の医学的判断若しくは技術、又は医療従事者の関与が必要と判断される場合には、救急隊の出動を要請するほか、協力医療機関等と連絡を取ることで、利用者に必要な処置を受けることができるように対応するとともに、保護者に速やかに連絡します。

※ 当事業所では、緊急連絡体制を整えるとともに、『事故防止及び発生時対応マニュアル』を備えています。

7. 事故発生時等の対応方法

当事業所内においてサービスの提供を受ける場合、一般的な風邪のみならず、インフルエンザやノロウイルスといった感染症が広がる可能性があります。なお、感染症が広がることを防止するために、インフルエンザ等の感染症の流行時期に、ご利用を控えていただく場合があります。

利用者の体が未成熟であること、利用者の障がい特性による興奮状態や突発的な行動など予測が困難な事態が生じること、利用者同士の言い争いがケンカに発展することがあることなどが原因で、利用者がケガなどをする場合があります。

事業所内で事故及び感染症等が発生し、利用者の身に危害が及んだ場合には、利用者の家族及び施設所在役所に連絡のうえ、適時適切に対応して行きます。

また、事故の状況及び事故に際して採った処置、経過を記録し、原因の分析、再発防止のための取り組みを行います。

事業所内で事故及び感染症が発生し、行政の定める報告基準に該当する場合には、速やかに行政へ報告を行います。

※1 当社では、『感染症対策マニュアル』ほか、事故防止・抑止を目的とした『事故防止及び発生時対応マニュアル』を

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

整備し、事故の未然防止・抑止に努めています。

※2 当社では、損害賠償責任保険に加入しています。しかしながら、この保険は、当社側に過失が認められる場合に限り保険金が支払われるものであるため、事業所内で発生した事故に起因するすべての損害に対して保険金が支払われるというわけではありません。又、利用者に故意又は過失がある場合、損害賠償責任額が減額あるいは免責されることもあります。

8. サービス料金

障害児通所給付費によるサービス提供した場合はサービス利用料金(厚生労働省の定める額)から、定率負担額(1割相当)または利用者上限負担月額を引いた額が介護給付費の給付対象となります。事業者が障害児通所給付費の給付を市町村から直接受け取る(代理受領する)場合、利用者負担分として、定額負担額(1割相当)または利用者上限負担月額を事業者にお支払いいただきます。

(1) 障害児通所給付費 (6級地【料金表】2025年10月1日現在) 一単位の単価：10.36円

基本項目	時間	基本単位数	料金の額	利用者負担額 (1割)
障害児(重症心身障害児を除く) ※医療的ケア児(3点以上) ※定員10人以下	区分1(30分以上 1時間30分以下)	1,247単位	12,918円	1,292円
	区分2(1時間30分超 3時間以下)	1,282単位	13,281円	1,329円
	区分3(3時間超 5時間以下) ※学校休業日のみ	1,339単位	13,872円	1,388円
障害児(重症心身障害児を除く) ※医療的ケア児(3点以上)以外 の場合 ※定員10人以下	区分1(30分以上 1時間30分以下)	574単位	5,946円	595円
	区分2(1時間30分超 3時間以下)	609単位	6,309円	631円
	区分3(3時間超 5時間以下) ※学校休業日のみ	666単位	6,899円	690円

加算項目	加算単位数	加算額	利用者負担額 (1割)	算定単位
児童指導員等加配加算 ※常勤専従・経験5年以上	187単位	1,937円	194円	1日につき
児童指導員等加配加算 ※常勤専従・経験5年未満 ※障害児(重症心身障害児を除く)	152単位	1,574円	158円	1日につき
児童指導員等加配加算 ※常勤専従・経験5年未満 ※重症心身障害児	149単位	1,543円	155円	1日につき
児童指導員等加配加算	123単位	1,274円	128円	1日につき

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

※常勤換算・経験5年以上				
児童指導員等加配加算 ※常勤換算・経験5年未満	107 単位	1,108 円	111 円	1日につき
児童指導員等加配加算 ※その他の従業員	90 単位	932 円	94 円	1日につき
加算項目	加算単位数	加算額	利用者負担額 (1割)	算定単位
専門的支援体制加算	123 単位	1,274 円	128 円	1日につき
看護職員加配加算Ⅰ	200 単位	2,072 円	208 円	月4回を限度
看護職員加配加算Ⅱ	400 単位	4,144 円	415 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅰ1	300 単位	3,108 円	311 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅰ2	200 単位	2,072 円	208 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅰ3	100 単位	1,036 円	104 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅰ4	80 単位	828 円	83 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅱ1	80 単位	828 円	83 円	月4回を限度
家族支援加算Ⅱ2	60 単位	621 円	63 円	月4回を限度
子育てサポート加算	80 単位	828 円	83 円	月4回を限度
利用者負担上限額管理加算	150 単位	1,554 円	156 円	月1回を限度
福祉専門職員配置等加算Ⅰ	15 単位	155 円	16 円	1日につき
福祉専門職員配置等加算Ⅱ	10 単位	103 円	11 円	1日につき
福祉専門職員配置等加算Ⅲ	6 単位	62 円	7 円	1日につき
欠席時対応加算Ⅰ	94 単位	973 円	98 円	月4回を限度
専門的支援実施加算	150 単位	1,554 円	156 円	月2回を限度
強度行動障害児支援加算Ⅰ	200 単位	2,072 円	208 円	1日につき
強度行動障害児支援加算Ⅱ	250 単位	2,590 円	259 円	1日につき
強度行動障害児支援加算(90日以内)	500 単位	5,180 円	518 円	1日につき
個別サポート加算Ⅰ1	90 単位	932 円	94 円	1日につき
個別サポート加算Ⅰ1(一定要件)	120 単位	1,243 円	125 円	1日につき
個別サポート加算Ⅰ2	90 単位	932 円	94 円	1日につき
個別サポート加算Ⅱ	150 単位	1,554 円	156 円	1日につき
個別サポート加算Ⅲ	70 単位	725 円	73 円	1日につき
入浴支援加算	70 単位	725 円	73 円	月8回を限度
自立サポート加算	100 単位	1,036 円	104 円	月2回を限度
通所自立支援加算	60 単位	621 円	63 円	1日につき
医療連携体制加算Ⅰ	32 単位	331 円	34 円	1日につき
医療連携体制加算Ⅱ	63 単位	652 円	66 円	1日につき

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

医療連携体制加算Ⅲ	125 単位	1,295 円	130 円	1 日につき
送迎加算 1	54 単位	559 円	56 円	片道につき
延長支援加算 1	61 単位	631 円	64 円	1 日につき
延長支援加算 2	92 単位	953 円	96 円	1 日につき
加算項目	加算単位数	加算額	利用者負担額 (1割)	算定単位
延長支援加算 3	123 単位	1,274 円	128 円	1 日につき
関係機関連携加算Ⅰ	250 単位	2,590 円	259 円	1 日につき
関係機関連携加算Ⅱ	200 単位	2,072 円	208 円	1 日につき
関係機関連携加算Ⅲ	150 単位	1,554 円	156 円	月 1 回を限度
関係機関連携加算Ⅳ	200 単位	2,072 円	208 円	1 回を限度
事業所間連携加算Ⅰ	500 単位	5,180 円	518 円	月 1 回を限度
事業所間連携加算Ⅱ	150 単位	1,554 円	156 円	月 1 回を限度
保育・教育等移行支援加算	500 単位	5,180 円	518 円	1 回を限度
福祉・介護職員処遇改善加算Ⅰ	所定単位数× 8.4%			1 月につき
福祉・介護職員等特定処遇改善加算Ⅰ	所定単位数× 1.3%			1 月につき
福祉・介護職員等特定処遇改善加算Ⅱ	所定単位数× 1.0%			1 月につき

(2) 自費をいただくもの（上限月額適用外）

レクリエーション材料費	実費
その他（外出時の施設入場料等）	実費

(3) 謄写物の交付

利用者は、サービス提供についての記録の閲覧を求められますが、謄写物を必要とする場合には謄写代をご負担いただきます。

謄写代(1枚)
10円

(4) 利用料等のお支払方法

	支払方法	支払期限
	<input checked="" type="checkbox"/> 口座自動振替方式	当月分のサービス利用料金を利用者の指定した口座から翌月 27 日（金融機関休業日の場合は翌営業日）に口座引落によりお支払いいただきます。ただし、引落手数料 100 円（消費税別途）は利用者負担とします。
	<input type="checkbox"/> 振込方式	金融機関名：三井住友銀行 支 店 名：浜松町支店 預 金：普通預金 口座番号：7886046 口座名義人：株式会社シノケンウェルネス 代表取締役 三浦義明

- ※ 事業者は、当月分のサービス利用料金に関わる請求書を、翌月 20 日頃に利用者へ送付します。
- ※ 残高不足等により口座引落ができない場合、引落日の属する月の末日までに事業者の指定する口座へ振込み支払うものとし、振込手数料は利用者負担とします。
- ※ 口座振替が開始されるまでの期間におけるサービス利用料金の支払方法については、当月分のサービス利用料金を翌月末日までに、事業者の指定する口座へ振込支払うものとし、振込手数料は利用者負担とします。

9. サービス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利用者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利用者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、利用者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。

10. サービス内容に関する苦情等相談窓口

事業所相談窓口	窓口担当者 窓口責任者 下野 光弘 時 間 10時00分～18時00分 方 法 電話（092-931-3363） 面接（当事業所相談室） 苦情箱（事務室に設置）
福岡県粕屋郡粕屋町役場 介護福祉課	電 話 092-938-0229 F A X 092-938-3150 住 所 〒811-2392 福岡県糟屋郡粕屋町駕与丁1丁目1-1
福岡県粕屋郡志免町役場 福祉課	電 話 092-935-1038 F A X 092-935-2456 住 所 〒811-2292 福岡県糟屋郡志免町志免中央1丁目1-1
福岡県粕屋郡久山町役場 健康福祉課	電 話 092-976-1111 F A X 092-976-2463 住 所 〒811-2592 福岡県糟屋郡久山町大字久原 3632
福岡県粕屋郡新宮町役場 福祉課	電 話 092-710-8286 F A X 092-711-8122 住 所 〒811-0119 福岡県糟屋郡新宮町緑ヶ浜1丁目1-1
福岡県粕屋郡篠栗町役場 健康福祉課	電 話 092-948-6650 F A X 092-947-7977 住 所 〒811-2405 福岡県糟屋郡篠栗町中央1丁目1-1
福岡県運営適正化委員会	電 話 092-915-3511 F A X 092-584-3790 住 所 〒816-0804 春日市原町3丁目1-7 （クローバープラザ6階（西棟））

11. 提供するサービスの第三者評価の実施状況について

実 施 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有	<input checked="" type="checkbox"/> 無
実施した直近の年月日		
実施した評価機関の名称		
評価結果の開示状況		

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

1.2. 個人情報等の取扱い

当事業所の従業者(退職した従業者を含みます。)は、業務上知り得た利用者及び家族等に関する秘密等(秘匿されないことにより、利用者及び家族等が直接的又は間接的に不利益を被ることが想定されるような非開示又は未公表の情報、及び法令又は社会通念上保護すべきことが求められる個人情報又はプライバシー等をいいます。)を正当な理由がなく第三者に提供、又は漏らさないようにします。なお、個人情報の使用については、「個人情報使用同意書」により、利用者及び家族から同意を得るものとします。

また、従業者であった者が業務上知り得た利用者等の秘密を漏らすことがないよう、必要な措置を講じます。

1.3. 緊急時の対応

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前の打ち合わせにより、主治医、救急隊、親族等へ連絡を行うなどの必要な措置を講じます。なお、救急搬送時の救急車には、他の利用者の配慮の為、職員は同乗し兼ねます。

【協力医療機関】

医療機関名称	医療法人 88 ばばクリニック
医院長名	馬場 哲郎
所在地	福岡県糟屋郡粕屋町仲原 2924-2
電話番号	092-612-1234
診療科	内科・外科

1.4. 災害発生時の対応

当事業所は、非常災害に関する具体的な計画を立て、非常災害時の関係機関への通報及び連携体制を整備し、それらを定期的に従事者に周知するとともに、定期的に避難、救出その他必要な訓練を行うほか、消火設備を設置します。

非常時の対応	別途定める非常災害対応マニュアルに則り対応をします。			
避難訓練及び防災設備	別途定める消防計画に則り年2回避難訓練を行います。			
	設備名称	個数等	設備名称	個数等
	スプリンクラー	0	防火扉・シャッター	0
	避難階段	0	屋内消火器	4
	自動火災報知機	2	ガス漏れ探知機	0
	誘導灯	3		
カーテン、じゅうたん等は防災性能のあるものを使用しています。				

※ 当事業所では、避難、救出その他必要な訓練の実施当たって、地域住民の参加が得られるよう連携に努めます。

※ 当事業所では、火災が発生した場合、初期消火に努めるとともに、近隣住民の協力や消防隊の出動を要請することにより、利用者の避難・誘導、早期鎮火・延焼防止に努めます。

又、火災や地震等により利用者が被災・負傷した場合には、近隣住民や救助隊の協力を得て、被災・負傷した利用者の救出・救助に努めます。

※ 当事業所では、防火管理者を置くとともに、自衛消防団組織を編成し、年2回、消防計画に基づく消防訓練

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

(消火、通報、避難・誘導訓練等)を実施しています。又、「防災用自主点検表」に基づく点検を日々実施し、事業所内で火事が発生することのないよう日常的に留意します。

15. 虐待防止

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待等の防止のため次の措置を講ずるものとします。

① 虐待防止に関する責任者及び担当者の選定

事業所相談窓口	窓口担当者 窓口責任者 下野 光弘 時 間 10時00分～18時00分 方 法 電話（092-931-3363） 面接（当事業所相談室）
虐待防止に関する担当者	
虐待防止に関する責任者	下野 光弘

② 虐待を防止するための従事者に対する研修の実施

③ 虐待防止のための対策を検討する委員会（「障害児虐待防止対策委員会」）を定期的開催

④ 利用者及びその家族からの苦情処理体制の整備

⑤ その他虐待防止のために必要な措置

2. 事業所は、サービス提供中に、当該事業所従業者又は擁護者(利用者の家族等障がい児を現に擁護する者)による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを関係行政機関に通報するものとします。

16. その他

事項	内容
従事者研修	・採用時研修 : 採用後速やかに ・継続研修 : 随時

【保存期限：サービス提供が終了した翌月から起算して5年間】

重要事項の説明に関する確認書兼サービス提供開始に関する同意書

当社は、本重要事項説明書に基づき、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、利用者がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明を行うとともに、本重要事項説明書を交付いたしました。

20 年 月 日

事業者 (所在地) 東京都港区浜松町二丁目3番1号
(名称) 株式会社シノケンウェルネス
代表取締役 三浦 義明

事業所 (所在地) 福岡県糟屋郡粕屋町内橋西三丁目7番12号
(名称) キッズライフ東福岡
管理者名 _____
説明者名 _____ 印

私は、本重要事項説明書の交付を受け、又、これに基づき、上記説明者より、当事業所で提供されるサービスの内容及び費用、その他、私がサービスを選択するうえで資すると認められる重要事項に関する説明及び交付を受け、サービスの提供を受けることに同意いたします。

20 年 月 日

利用者 (住所)
(氏名) _____ 印

なお、住所・氏名欄の記載及び押印について、以下の者が、
利用者の意思を確認のうえ、代行しました。

保護者 (住所)
(氏名) _____ 印
(利用者との続柄・関係) _____