

倉敷市地域生活支援事業
日中一時支援事業（タイムケア型）利用契約
重 要 事 項 説 明 書

令和3年度4月改定版

この重要事項説明書は、当施設とサービス利用契約の締結を希望される方に対し、社会福祉法第76条及び第77条に基づき、当施設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。

当サービスの利用は、原則として当事業の支給を受けた方が、対象となります。

◇◆ 目 次 ◆◇

1. 経営法人の概要	1
2. 事業の目的・運営方針	1
3. ご利用施設のその他のサービス	1
4. 提供するサービスの概要	2
5. 利用料金の支払方法	3
6. なんでも相談の受付について（苦情申立先）	4
7. 嘱託医・協力医療機関	4
8. 非常時の対応	5
9. 個人情報保護について	5
10. 留意事項	6

倉敷市・日中一時支援事業（タイムケア型） 重要事項説明書

1. 経営法人の概要

法人の名称	社会福祉法人 P.P.P.
所在地	〒712-8041 倉敷市福田町福田2122-1
設立年月日	昭和55年11月11日
代表者氏名	理事長 西江 義彰
電話番号／FAX	TEL：086-455-8585 FAX：086-455-4113
e-mail	hmwr@po.harenet.ne.jp
URL	http://www.3flower.jp/

2. 事業の目的・運営方針

事業所の種類	平成20年4月1日指定 登録番号 3360201283
事業の目的	障害者等の日中における活動の場を確保し、障害者等の家族の就労等の支援および障害者等を日常的に介護している家族の一時的な休息を事業の目的とする。
事業所の名称	指定障害福祉サービス事業所 P.P.P.プラットフォーム！児島
所在地	〒710-0142 倉敷市林1138番地
電話番号／FAX	TEL：086-485-5775 FAX：086-485-2227
管理者	横川 直美
サービス管理責任者	宮崎 知治（就労継続B型）・横川直美（生活介護）
事業の方針	障害者等に活動の場を提供し、見守り・社会に適應するための日常訓練等を行う。
利用定員	5名（児童を含めて）
営業日	月～土。ただし、年間予定表による（別紙）
開設時間	15:00～18:00 ※時間延長はご相談ください。
事業の実施地域	倉敷市を中心にそれ以外の市町村の利用者も受け入れる。

3. ご利用施設のその他のサービス

施設指定番号	3310201201（平成20年4月1日指定）
サービスの事業内容	生活介護・就労継続支援B型・児童発達支援事業・放課後等デイサービス
施設の名称	P.P.P.プラットフォーム！児島
管理者	横川 直美
サービス管理責任者 及び児童発達支援管理責任者	宮崎知治（就労B）・横川直美（生活介護）・竹内理菜（児童）
開所年月日	平成18年8月4日

① 施設概要

建物	構造	鉄骨造 2階建2棟 平屋建1棟
	延べ床面積	905.58㎡
敷地面積		2,815.00㎡（自己所有地）

② 設備概要

設備の種類	室数	備考
日中活動室	1室	
食堂	1室	テレビ1台
相談室	1室	
浴室	1箇所	
医務・静養室	1室	
洗面所	1ヶ所	
便所	3ヶ所	
運動場	1ヶ所	

(2)施設・設備ご利用上の注意事項

当事業所内の設備、器具は本来の用途、使用方法に従ってご利用ください。用途や使用方法に反したご利用により破損、故障等が生じた場合、賠償していただきます。

* 敷地内禁煙(2019年 健康増進法改正により)にご協力ください。

* 敷地内、施設内に安全管理のための防犯カメラが通路活動場所などに設置されています。データは安全管理以外には使用いたしません。

* 感染症が拡大する可能性がある場合には、法人の感染症対策のマニュアルに基づき対応するため、マスク着用、消毒、自宅静養等のお願いをすることがあります。

③職員配置

職 種	配置 定数	配置職員				常勤換 算後の 職 員	保有資格
		常 勤		非常勤			
		専任	兼任	専任	兼任		
管理者	1		1			1	
医師（嘱託）							
生活支援員・指導員・看護師・介助員	1	1				1	
事務員	0					0	
調理員						0	

※上記の職員でタイムケア専任職員以外は通所利用者等の支援業務と兼務になります。

4. 提供するサービスの概要

(1) 支援費支給サービス

種類	内容
日常生活支援	排泄、食事介助等日常生活に必要な支援および介助をします。

健康管理	<ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急時を含め、医療が必要となる場合は、指定医療機関もしくは救急医療機関に通院支援します。 ・ 服薬の管理および介助をします。
日 中 活 動 支援	簡易的な指導やレクレーション・運動など、利用者の状態に応じた活動を提供します。
相談・助言	各種制度、生活、介護、療育に関する相談を行います。
送 迎	ご希望により送迎をします。 ※ 送迎職員や送迎車両の確保が困難な場合はお断りすることがあります。 ※ 有償運送をご利用の場合…100 円／km 及び待ち時間料となります。

（２）支援費サービス利用料金（利用者負担額）

1 時間あたりの市からの委託料の 1 割をご負担いただきます。ただし、市民税非課税の所帯又は非課税の所帯に属する場合、若しくは中国残留邦人等支給金時給者である場合は無料です。

区 分	1 時間あたり
区分 A	1 3 0 円
区分 B	1 1 0 円
区分 C	9 0 円

（３）支援費支給外サービス

種 類	内 容	金 額
夕食	ご希望により弁当を購入し、提供します。	実費
おやつ	活動内容により（お菓子・飲み物）を提供します。	1 回 3 0 円
複写物の交付	コピーをします。	1 枚 1 0 円
証明書の発行	各種の証明書を発行します。	1 枚 1 0 0 円
個人的な経費	買い物、日用品等個別にかかった経費	実 費
入浴代	ご希望により入浴支援を行います。	1 回 4 0 0 円
時間外利用料	（1 8 時以降）3 0 分未満	無 料
	3 0 分以上	実費相当
光熱水費	※ただし日中一時支援(日中型)から続けたご利用の場合は必要ありません。	1 日 1 5 0 円

【サービス利用の取り消し（キャンセル）】

ご契約者がサービス利用の取り消し（キャンセル）または変更をする場合は、利用予定日の 2 日前までに当施設にお申し出ください。ただし、土・日曜日や祝祭日がある場合はその日数を 2 日に加えた日数以前にお申し出ください。

なお、2 日前以降のお申し出の場合、下記の実費をお支払いいただきます。

種 類	金 額	附 記
食 費	（夕食）実費	
支援費対象外サービス	利用するサービスにより必要な額	予約が必要なサービス等

		の場合
--	--	-----

5. 利用料金の支払方法

利用料金は、利用者負担金とその他のサービス料金の合計金額をお支払いただきます。
上記利用料金は一日ごとに計算し、1ヶ月の合計額を月ごとに請求しますので指定された日までに、下記のいずれかの方法によりお支払ください。

＜支払方法＞ ①直接施設の窓口でお支払いただく方法

②施設指定の金融機関の口座に振込んでいただく方法

【指定金融機関】

振込先：香川銀行倉敷支店

口座名義：社会福祉法人ひまわりの会

P.P.P.プラットフォーム！児島

管理者 三輪 昭徳

口座番号：普通預金 3507982

※振り込み手数料は、請求額に含めて振込んでください。

6. なんでも相談の受付について（苦情申立先）

当施設のなんでも相談窓口	<p>なんでも相談受付担当者：宮崎 知治 なんでも相談解決責任者：三輪 昭徳</p> <ul style="list-style-type: none"> ・なんでも相談受付電話 受付時間：09：00～17：00 (日曜日・祝日、年末年始を除く) 電話番号：086-485-5775 ・なんでも相談受付ボックス 管理棟玄関に設置しておりますので、ご利用ください。無記名でも結構です。 ・担当者が不在の場合は、他の職員までお申し出下さい。 ・なんでも相談については、後日受付担当者がその内容をお聞きし、ご希望の解決方法により、誠意を持って解決を図ります。 ・なんでも相談の公開 期間を定めて機関紙、掲示等により、件数や内容の概略を公開します。
市役所福祉課	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：倉敷市西中新田640 ・電話番号：086-426-3305 ・受付日時：平日 8：30～17：15 (祝祭日、年末年始除く)
第三者委員会	<p>元ノートルダム清心女子大 教授 平松 正臣 前倉敷市社会福祉協議会 顧問 松尾 忠昭 倉敷市社会福祉協議会 第三者委員 石原 昌子</p>
岡山県運営適正化委員会	<ul style="list-style-type: none"> ・所在地：岡山市南方2丁目13-1 岡山県総合福祉・ボランティア・NPO会館 ・電話番号：086-226-9400 (FAX兼用) ・受付日時：平日8：00～17：15 (祝祭日、年末年始除く)

7. 嘱託医・協力医療機関

1) 嘱託医

医療機関の名称	雨宮医院
医院長氏名	雨宮 慎二
所在地	倉敷市北畝4-17-12
電話番号	086-456-2000
診療科	内科・外科・リハビリテーション科
診察日	月曜日から土曜日（木曜日は午前のみ）

2) 救急対応病院（一次救急）

医療機関の名称	山本整形外科医院
所在地	倉敷市林348
電話番号	086-485-1435
入院設備	あり（完全看護）

8. 非常時の対応

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は、市町村、利用者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、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。
非常時の対応	別途定める当施設消防計画により、対応いたします。
平常時の訓練	別途定める当施設消防計画により、原則月1回夜間及び昼間を想定した避難・防災訓練を利用者の方も参加して実施します。
防災組織	・自動火災報知器 あり ・誘導灯 あり ・ガス漏れ報知器 あり ・非常通報機 あり ・非常電源 あり ※カーテン、布団等は防災性のあるものを使用しております。
消防計画	消防署への届出：令和3年4月届出 防火管理者：竹内 理菜

9. 個人情報保護について

- ・事業者及びその従業員は、利用者に対するサービスの提供に当たり、知り得た利用者に関する各種情報を外部には洩らしません。
- ・事業者は、その従業員が退職後、在職中に知り得た利用者に関する情報を洩らすことのないよう、必要な措置を講じます。

10. ご利用の際に留意していただく事項

受給者証の確認	・「住所」および「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にはできるだけ速やかに当事業所にお知らせください。
---------	--

居室・設備・器具の利用	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内の居室や設備、器具は本来の用途に従ってご利用ください。 ・用途や用法に反したご利用により破損、故障等が生じた場合、賠償していただくことがあります。
喫 煙	<ul style="list-style-type: none"> ・喫煙コーナー以外は、全館禁煙です。
危険物の持ち込み	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活に必要な火気や油類、火薬や刃物等の危険物の持ち込みはご遠慮ください。 ・危険物の持込により事故が発生した場合は、当事者の自己責任として、その損害を賠償請求させていただきます。
貴重品の管理	<ul style="list-style-type: none"> ・貴重品は、利用者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利用者につきましては、職員にご相談ください。 ・私物には必ず記名をお願いします。
実習者・見学者・ボランティア	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、福祉の実習生や見学者を受け入れておりますので実習生、ボランティアが支援に携わることがありますが、ご了解ください。 ・見学者の写真撮影については、人権侵害のないよう万全の配慮をします。
危険な行為の防止	<ul style="list-style-type: none"> ・落ち着いた生活を送っていただけるよう支援しますが、利用者の状態によって、他害や自傷、器物破損等が予測される場合は、刺激の少ない環境(個室等)に移っていただく場合があります。 ・事業所からの飛び出しや無届外出が予想される場合は、利用者の安全確保のため、事業所への出入口等を施錠することがあります。

附 則

この説明書は平成18年10月 1日から施行する。

この説明書は平成19年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成20年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成23年10月 1日から改正施行する。

この説明書は平成24年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成25年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成26年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成27年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成28年 4月 1日から改正施行する。

この説明書は平成29年 4月 1日から改正施行する

この説明書は平成29年 11月 1日から改正施行する

この説明書は平成30年 4月 1日から改正施行する

この説明書は平成31年 4月 1日から改正施行する

この説明書は令和 2年 4月 1日から改正施行する

この説明書は令和 3年 4月 1日から改正施行する

令和 年 月 日

指定障害者福祉サービス事業所（多機能型）に関するサービス（日中一時支援事業・タイムケア型）の提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所名 指定障害者福祉サービス事業所 P.P.P.プラットフォーム！児島

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障害福祉サービス事業所（多機能型）に関するサービス（日中一時支援事業・タイムケア型）の提供及び利用開始に同意いたしました。

利用者 住 所 _____

氏 名 _____

保護者（身元引受人）

住 所 _____

※上記と同じ場合は「同上」とご記入ください。

氏 名 _____ 印

続 柄 _____

＜成年後見人＞※選任されている場合

住 所 _____

氏 名 _____ 印

