

「日中一時支援事業」重要事項説明書

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 高知市社会福祉協議会
所在地	高知市丸ノ内1丁目7番45号
電話番号	088-823-9515
代表者氏名	会長 吉岡 章
法人の設立年月	昭和42年3月23日

2. 事業所の概要

事業の種類	日中一時支援事業
事業所の名称	社会福祉法人 高知市社会福祉協議会 南部障害者福祉センター
事業所の所在地	高知市百石町3丁目1番30号 高知市南部健康福祉センター内
電話及びFAX番号	電話088-878-9070 FAX 088-878-9071
事業実施地域	高知市
営業日及び営業時間	月曜日から土曜日 午前9時45分から午後3時45分まで (但し、12月29日から1月3日までを除く)
主たる対象者	身体障害者・知的障害者・精神障害者
定員	南部障害者福祉センター指定生活介護事業の利用定員である 20名のうちの余裕定員
事業所の開設年月	平成18年10月1日

3. 事業の目的・運営方針

目的	利用者の心身の特性を踏まえて、その有する能力に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、入浴、排せつ及び食事の介護、創作的活動等の機会の提供その他の便宜を適切かつ効果的に行います。
運営方針	関係法令を遵守し、他の社会資源との連携を図った適正且つ肌理の細かな生活介護のサービスの提供を行う事を運営の方針としています。

4. 職員体制

サービス提供職員の設置状況

(1) 職員の員数

職 種	指定基準
管理者	1人
サービス管理責任者	1人
看護職員	1人以上
生活支援員 ※介護福祉士・ヘルパー 2級課程修了者	6人以上

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し、指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

(2) 各職種の勤務体制

職 種	勤務体制
管理者	勤務時間帯(8:15～17:15)
サービス管理責任者	勤務時間帯(8:15～17:15)
看護職員	勤務時間帯(8:15～17:15)
生活支援員	勤務時間帯(8:15～17:15)(8:15～13:15)等

5. サービス内容

サービスの種類	サービスの内容
相談及び援助	利用者及びその家族が希望する生活や利用者の心身の状況等を把握し、適切な相談・助言・援助等を行います。
介護	利用者の状況に応じて、適切な技術をもって、食事・整容・更衣・排泄等生活全般にわたる援助を行います。
健康管理	日常生活上必要なバイタルチェックや投薬その他必要な管理、記録を行います。また医療機関との連絡調整及び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。
創作的活動及びレクリエーションの機会の提供	創作的活動及びレクリエーションの機会を提供します。
送迎サービス	希望により車椅子対応車両によるドア to ドアの送迎を行います。

社会生活上の便宜の供与等	日常生活に必要な行政機関等への手続き等について、利用者または家族が行うことが困難な場合、利用者の同意を得て代行します。	
入浴サービス	希望により入浴サービスを提供します。 (機械浴・一般浴による入浴サービスです)	
食事サービス	希望により食事の提供をします。 食事時間 昼食 11:45～12:30	実費
創作的活動及びレクリエーションに係る材料費等	創作的活動及びレクリエーションを行う上で必要となる費用で、負担していただくことが適当であるものに係る費用をいただきます。	実費
その他	サービス提供記録等の複写代 その他	実費

6. 利用者負担額及び実費負担額

上記サービスの利用に対しては事業にかかる費用の9割が給付の対象となり、事業者へ代理受領によって支払われます。利用者は、利用者負担として別紙の「重要事項説明書」に記載する利用料金表に基づき、事業にかかる費用の1割を事業者にお支払いいただきます。

7. サービス利用のキャンセルについて

利用予定日の当日送迎前までに利用者の都合によりサービスを中止することができます。利用者がサービス利用を取り消し(キャンセル)する場合は、事前に次の連絡先までお申し出ください。
南部障害者福祉センター TEL 878-9070

8. 相談窓口及び苦情の対応について

※別紙参照

9. 第三者による評価の実施状況

※別紙参照

【 説明確認欄 】

令和 年 月 日

日中一時支援事業のサービス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 社会福祉法人 高知市社会福祉協議会
南部障害者福祉センター

説明者 _____ 印

私は、本書面に基づいて事業者から上記のとおり重要事項の説明を受けました。

利用者 住所 _____
氏名 _____ 印

代筆者 住所 _____
氏名 _____ 印

続柄 ()

個人情報使用同意書

私の（及び私の家族に関する）個人情報については、下記に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用されることに同意します。

記

1. 使用する目的

私のための計画に沿って円滑にサービスを提供するために実施されるサービス担当者会議、事業者との連絡調整等において必要な場合。

2. 使用する期間

令和 年 月 日から本契約の満了日まで

3. 条件

個人情報の提供は必要最小限とし、提供に当たっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

令和 年 月 日

社会福祉法人 高知市社会福祉協議会 様

利用者 住所
氏名 _____ 印

代理人 住所
氏名 _____ 印
続柄 ()

代筆者 住所
氏名 _____ 印
続柄 ()

別紙 1

4. 管理者

管理者	政平 和也
サービス管理責任者	政平 和也

6. サービス利用料

◎ 日中一時支援事業(加算分も含み、利用者負担額一割)

単価区分	6時間超える 時間	4時間を越え 6時間以下	4時間以下	加算
障害程度区分1~4	4,640円	3,480円	2,320円	送迎加算540円/片道 食事提供加算420円/日
障害程度区分5	5,800円	4,350円	2,900円	
障害程度区分6	6,960円	5,220円	3,480円	

◎日中一時支援各事業とも毎回必要な料金について

※別途、昼食代として300円いただきます。

8. 相談窓口及び苦情の対応について

(1)当事業所における苦情やご相談は、次の窓口で対応します。

当施設苦情受付窓口当 施設虐待受付窓口	受付窓口	高知市社会福祉協議会 在宅生活応援課	
	電話番号	088-820-6865	
	FAX番号	088-823-8109	
	相談員	苦情受付担当者 在宅生活応援課長 楠本 太	
	受付時間	午前8:30~午後5:30	
苦情解決責任者	電話番号	088-823-9515	事務局長 竹島 直孝
	FAX番号	088-823-8059	

(2)その他の苦情受付窓口

第三者委員	入交 征章	電話番号	088-860-2275
	林 輝男	電話番号	088-846-5930
	高野 亜紀	電話番号	088-879-0217

(3) 次の公的機関においても、苦情の申し立てができます。

高知市 障がい福祉課	所在地 高知市本町5丁目1番45号 電話番号 088-823-9378 FAX 088-823-9370 受付時間 午前8:30~午後5:15
高知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 高知市朝倉戊375-1 高知県立ふくし交流プラザ内 電話番号 088-802-2611 FAX 088-872-6211 受付時間 午前9:00~午後4:00
高知市障害者虐待防止 センター (高知市障がい福祉課内)	所在地 高知市本町5丁目1番45号 電話番号 088-822-4715 FAX 088-875-6684 電子メール kc-120300@city.kochi.lg.jp 受付時間 午前8:30~午後5:15

9. 第三者による評価の実施状況

第三者による評価の実施 状況	1 あり	実施日	
		評価機関名称	
		結果の開示	1 あり 2 なし
	2 なし		