

日中一時支援事業重要事項説明書

合同会社どりい夢

日中一時支援事業所 ぽこ あ ぽこⅡ

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条および第77条の規定に基づき、文章により説明を行うものです。

合同会社どおり夢は、利用者に対して日中一時支援事業サービスを提供します。

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次のとおり説明します。

1. 事業者

事業者の名称	合同会社どおり夢
法人所在地	岐阜県各務原市蘇原柿沢町3丁目2番地35
代表者氏名	代表社員 高橋 寿子
認可年月日	平成24年11月6日

2. 事業所の概要

種類	日中一時支援事業
目的	日中における活動の場を確保して見守りおよび日常的な支援を行うことで、日常介護している家族の一時的な負担軽減を図る。
名称	ぽこ あ ぽこⅡ
管理者名	高橋 寿子
所在地	岐阜県各務原市蘇原瑞雲町3丁目18番地1
主たる対象者	知的障がい者・精神障がい者
運営方針	・利用者の身体・精神の状況やその置かれている環境に応じた適切な支援を行う。 ・実施にあたっては、利用者および家族（以下「利用者等」という。）の意思および人格を尊重し、従業者と利用者とその家族間の信頼関係を形成し、利用者等のニーズに基づいた日中一時支援の提供に努める。 ・実施にあたっては、地域との結び付きを重視し、関係市町村、他の障がい福祉サービス事業者等との密接な連携を図り、総合的なサービスの提供に努める。
電話番号	058-325-8181
ファクス番号	058-325-8181
登録年月日	令和6年2月6日 各務原市
利用定員	8人

3. 事業所の職員体制

職種	従事するサービス種類、業務	員数、区分
管理者	従業者および業務の管理	1名（常勤 1名）
支援員	・ 日中一時支援サービスの提供 ・ 日常生活における基本動作への支援・指導 ・ 集団生活への適応支援	1名（非常勤 1名）
事務職員	事務処理	1名（常勤 1名）

4. 営業日および営業時間・サービス提供時間

営業日	月曜日から土曜日までとする。 ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日・年末年始（12月29日から1月4日まで）とその他事業所が定める休業日を除く。
営業時間	午前9時から午後6時までとする。
サービス提供時間	月曜日から金曜日 午後4時から午後6時までとする。 土曜日 午前9時から午後6時までとする。

5. 主たる利用者

- （1）「療育手帳」または「精神障がい者保健福祉手帳」を有し、受給者証の発行を受けた方。
- （2）対象年齢は、18歳から65歳までとする。

6. 当事業所が提供するサービス

- （1）日中一時支援の提供

日中一時支援の内容

日常生活訓練	興味を引き出すこと、生活習慣の自立を支援することなどを通して、自立的生活ができるようになるような活動支援を行う。
相談	利用者の個々に応じた療育相談を行う。 必要に応じて病院・他の障害福祉サービス事業所およびその他関係機関との連絡調整を図り、利用者等に対して適切な相談対応、助言、援助等を行う。
集団生活適応訓練	さまざまな生活体験をすることで、環境への適応性を学ぶ。 利用者の心身の状況に応じた個別課題、自立課題およびコミュニケーション獲得のための課題を設定し、支援する。

- （2）送迎サービス

送迎サービスについては、事業者と利用者等の双方同意の下で実施するものとする。

7. 利用料金・負担軽減

(1) 定率負担による利用者負担額

日中一時支援と送迎サービスのご利用にあたって、利用者は、その収入によって設定された上限月額範囲内で、その費用の1割を事業者に支払うものとします。上限月額はお手元の受給者証に記載されているとおりです。

利用者の世帯の収入状況に応じて、1か月あたりの負担上限額が異なります。

(2) その他の利用者負担額

下記の項目については、所定の料金を実費としてお支払いいただきます。

食費	食事加算の付かない方の食費として1食450円
送迎費	送迎加算の付かない方の送迎費として1回930円
その他	その他日常生活において通常必要になる費用で、利用者に負担していただくことが適当であるもの
キャンセル料	やむを得ない事由によりお休みする場合を除き、利用予定日の2週間前までに連絡がなかった場合および無断キャンセルなどの場合、食事代相当の450円等

※指導や支援に必要な費用をご利用者に負担いただくことが適当であるものについてはご相談の上、負担いただくことがあります。

8. 利用料金のお支払い方法等

(1) 前項の料金については、1か月ごとに集計し請求します。お支払い方法については、次のとおりとなります。

現金払い	期日までに事業所にてお支払いください
銀行振込	期日までに利用者または保護者の方がお振り込みください
自動口座引落し	ご指定の金融機関の口座から毎月17日に引き落とします

(2) 事業者は、サービス利用に対する利用者負担額の支払いを受けた場合は、利用者または保護者の方へ領収書を交付します。

9. サービス利用の中止・変更・追加

(1) 利用者がサービスの利用を中止または変更する際には、すみやかに次の連絡先までご連絡ください。

連絡先（電話番号）	058-325-8181 または 090-6610-4153
連絡時間	午前9時から午後6時まで

- (2) ただし変更・追加については、その日の利用状況によって、利用者のご希望に添えない場合があります。
- (3) 無断および当日キャンセルについては、所定のキャンセル料をお支払いいただきます。

10. サービスの利用にあたっての留意事項

- (1) 利用者の健康状態について、日頃と変わったところがあるときは従業者に知らせてください
- (2) 食事については予め業者に注文した食材を使って調理しています。そのため食事をご希望される場合には、必ず利用予定日の2週間前までにご利用の旨をお知らせください。
- (3) ほかの利用者の心身を傷つけるような行為はしないでください。
- (4) 施設の設備・備品等を壊すような行為はしないでください。
- (5) 受給者証の記載内容の変更があった場合には、できるだけすみやかにお知らせください。
受給者証の確認をさせていただきます。
- (6) サービス提供実施日、時間等の確認をご希望される場合には、いつでもお申し出ください。

11. 保険の加入について

総合賠償責任保険に加入していますので適用できる範囲で補償しますが、念のため、利用者ご自身で損害賠償保険にご加入いただきます（利用者同士のトラブル、利用者による施設の設備・備品の破損・損壊の場合等）。

ただし、利用者がすでに加入されている場合には必要ありません。

12. 緊急時の対応

利用中に著しく心身の変化が認められた場合、他の利用者への影響が懸念される症状が認められた場合は、事前の打ち合わせに基づいて家族・主治医等に連絡しますが、従業者の判断により医療機関への受診をお願いする場合があります。医療機関受診のための送迎・付き添いは原則としてご家族でお願いします。

家族・主治医等への連絡が困難な場合は、あらかじめ定めた協力医療機関への診察依頼または緊急搬送等を行うなどの必要な措置を講じます。

協力医療機関	しももとクリニック
--------	-----------

13. 虐待防止に関する事項

- (1) 当事業所 虐待防止に関する相談窓口

責任者	高橋 寿子
窓口担当者	栗木 佳寿子
受付時間 および 電話番号	月曜日～金曜日 午前9時～午後5時 電話番号：058-325-8181 土曜日 午前9時から午後6時まで 電話番号：058-372-6697

(2) 各務原市障がい者虐待防止センター

所在地	各務原市那加桜町 1 丁目 69 番地 各務原市役所 健康福祉部 社会福祉課
受付時間	月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12 月 29 日から翌年の 1 月 3 日までの間は除きます。
電話番号	058-383-1111 (市役所代表) 058-383-1252 (社会福祉課直通)

14. 苦情の受付等

(1) 当事業所における苦情およびご相談

受付担当者	栗木 佳寿子
解決担当者	高橋 寿子
受付時間 および 電話番号	月曜日～金曜日 午前 9 時～午後 5 時 電話番号：058-325-8181 土曜日 午前 9 時から午後 6 時まで 電話番号：058-372-6697

(2) 各務原市における苦情受付機関

名称	健康福祉部 社会福祉課
所在地	各務原市那加桜町 1 丁目 69 番地 各務原市役所 1 階
受付時間	毎週月曜日～金曜日 午前 8 時 30 分～午後 5 時 15 分 ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12 月 29 日から翌年の 1 月 3 日までの間は除きます。
電話	058-383-1126

(3) その他の苦情受付機関

名称	岐阜県社会福祉協議会 運営適正化委員会
所在地	岐阜市下奈良 2 丁目 2 番 1 号 岐阜県福祉農業会館 6 階
電話	058-278-5136

附記

この規定は、令和6年3月1日から適用します。

この規定は、令和6年11月1日から適用します。

この規定は、令和7年12月1日から適用します。

この規定は、令和8年4月1日から適用します。

令和 年 月 日

日中一時支援サービスの提供およ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。

事業所所在地 ： 岐阜県各務原市蘇原瑞雲町3丁目18番地1

事業所 名称 ： 合同会社どりの夢 ぽこ あ ぽこⅡ

説 明 者 名 ： _____ 印

私は、本書面に基づいて、事業者から日中一時支援サービスの提供および利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所： _____

利用者氏名： _____ 印

家族の住所： _____

家族の氏名： _____ 印

続 柄： _____

代理人の住所： _____

代理人の氏名： _____ 印