

乙訓聴覚言語障害者地域活動支援センター 重要事項説明書

本事業所では、利用者に対して「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」に基づく地域活動支援センター（以下「支援センター」という。）事業を提供します。

◆◆目次◆◆

1	事業者	1
2	事業所の概要	2
3	事業実施地域	2
4	営業時間と利用定員	3
5	職員の体制	3
6	当事業所の施設設備の概要	3
7	当事業所が提供するサービスと利用料金	3
8	サービスの利用に関する留意事項	4
9	サービス実施の記録について	5
10	損害賠償保険への加入	5
11	苦情の受付について	5

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会
乙訓聴覚言語障害者地域活動支援センター

1 事業者

名 称	社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会
所 在 地	京都府城陽市寺田林ノ口 11 番 64
ファクス番号 電 話 番 号	(0774)30-9003 (0774)55-7708
代表者 氏名	理事長 高田 英一
設 立 年 月	1978 年(昭和 53 年)6 月 28 日

2 事業所の概要

事業所の種類	地域活動支援センター事業所
事業の目的	利用者が可能な限りその居宅において、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な日常生活上の援助および機能訓練等を行うことにより、利用者の生活機能および生活の質の向上を図る。
事業所の名称	乙訓聴覚言語障害者地域活動支援センター
事業所の所在地	京都府長岡京市長法寺谷山 1 3 - 1 長岡京市立多世代交流ふれあいセンター内
ファクス番号 電 話 番 号	F A X : 075-874-4478 T E L : 075-874-4477
管理者氏名	加藤 恵
事業所の運営方針について	1 利用者の願いや意欲を生かし、仲間作りや日常生活ニーズを実現し、生活機能の向上を図るとともに、利用者の在宅サービスおよび社会生活を支援する。 2 事業の実施に当たっては、関係行政機関、地域の医療・保健・福祉サービス機関との綿密な連携を図り、総合的な支援に努めるものとする。 3 身体障害者、知的障害者等を対象にサービスを提供する。 事業実施に当たり、市町村が行う斡旋、調整および要請等に対し、協力を行うものとする。
開設年月	2007 年(平成 19 年) 4 月 1 日
事業所が行なっている他の業務	長岡京市相談支援事業

3 事業実施地域

向日市、長岡京市、大山崎町。 ただし、事業者が必要と認めた場合は、他地域の聴覚言語障害者に対して、事業を実施する。
--

4 営業時間と利用定員

営業日	事業所が定める月間カレンダーによる
提供時間帯 および利用定員	午前 10 時 00 分から午後 3 時 00 分までとする 利用定員 15 人

5 職員の体制

＜本事業所の職員体制＞

職 種	常 勤	非常勤
1. 管理者	1 人	
2. サービス提供職員	1 人	4 人
3. 調理員		1 人
4. 送迎運転士		1 人

6 当事業所の施設設備の概要

当事業所の施設設備の概要は以下のとおりです。

社会適応訓練	本棚、パソコン、プリンター
日常生活訓練	プロジェクター、スクリーン、磁気誘導ループ、テレビ、OHC
作 業	作業机 椅子
食 事	テーブル、椅子、テレビ

7 当事業所が提供するサービスと利用料金

（１）「支援計画」と支援内容（契約書第 3 条参照）

当事業所では、下記の支援内容からサービスを提供します。

＜サービスの区分及び支援内容＞ ①社会適応訓練 日常生活、社会活動への参画等に必要な知識・技術等の習得への支援。社会見学を含みます。 ②機能訓練 障害に応じたリハビリテーションの個人指導、健康チェック、訓練を兼ねた取り組みを行います。補装具(補聴器)、日常生活用具等の活用、聴覚リハビリテーション、日本語、手話等活用のための訓練を行います。 ③作的活動 縫製、木工、農耕・園芸、書道、描画等の作成等を実施します。 ④レクリエーション ⑤必要な介助 必要に応じて、身体的な介助、またコミュニケーション支援—手話通訳、要約筆記等を行います。 ⑥送迎 利用者の希望に応じて、送迎サービスを行います。内容・時間帯等は利用者と相談のうえ、別途連絡します。 ⑦デイサービス事業を効果的に機能させるために必要な事業を行います。
--

(2) 利用者負担額（契約書第4条参照）

市町村が決定する額（利用者負担額）をお支払いいただきます。

(3) サービス利用にかかる実費負担額（契約書第4条参照）

サービス提供に要する下記の費用は、実費をいただきます。

① 「創作活動」「レクリエーション活動」にかかる材料費などの実費（その都度、その内容の説明をいたします）

②送迎にかかる費用

事業実施地域にお住まいの場合は、別途実費相当額にて移送にかかる費用をいただきます。（別紙）

③調理実習にかかる食材費

食材費をいただきます。

④その他必要な費用

支援センターでお過ごしいただくにあたり、利用者に負担していただくことが適当であるものにかかる必要な経費を負担していただきます。

(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法（契約書第4条参照）

料金・費用は、請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払い下さい。
（利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします）

- | |
|---------------------|
| ア. 窓口での現金支払 |
| イ. 指定口座への振り込み |
| ウ. 金融機関口座からの自動引き落とし |

(5) 利用の中止、変更、追加（契約書第5条参照）

① 利用予定日の前に、支援計画で定めたサービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日午後5時までに事業所に申し出てください。

② 利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。但し利用者の体調不良等やむをえない場合、取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無 料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用者負担相当額

③ サービス利用の変更・追加は、その日の利用状況により利用者が希望する日及び時間にサービスの提供ができないことがあります。その場合は、他の利用可能日時を利用者に提示するほか、他事業所を紹介するなど必要な調整をいたします。

(6) 実費負担額の変更

実費負担額を変更する場合は、原則としてその2か月前までにご説明します。

8 サービスの利用に関する留意事項

(1) 支援内容の変更

支援センター利用当日に、利用者の体調等の理由で予定されていたサービスの実施ができない場合には、利用者の同意を得てサービス内容の変更を行います。その場合、事業者は、変更したサービスの内容と時間に応じたサービス利用料金を請求します。

9 サービス実施の記録について

(1) サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに実施日時及び実施した支援内容などを記録し、利用者にその内容の確認をいただきます。内容に間違いや意見があれば、いつでもお申し出ください。なお、支援計画及びサービス提供ごとの記録は、サービス提供日より3年間保存します。

(2) 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第7条参照）

本事業所では、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。（開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります）

10 損害賠償保険への加入（契約書第8条参照）

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名	あいおいニッセイ同和損害保険株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険
補償の概要	・賠償損害（対人・対物事故、管理財物、使用不能、人格権侵害、経済的損害） ・費用損害（事故対応費用、対人見舞費用） ・その他（利用者傷害見舞金補償、緊急費用補償、役員賠償責任補償）

11 苦情の受付について（契約書第13条参照）

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

支援センターに対する苦情や意見、利用料の支払いや手続きなどサービス利用に関する相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

＜苦情受付窓口＞	乙訓聴覚言語障害者地域活動支援センター	管理者
＜苦情解決責任者＞	京都市聴覚言語障害センター	地域・こども福祉部 部長
＜受付時間＞	毎週月曜日～金曜日の開所日 午前9時から午後5時 ただし、休祝祭日、1月2日から1月3日、12月29日から12月31日を除く。	

(2) 第三者委員

本事業所では、地域にお住まいの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、本事業所への苦情や意見は「第三者委員」に相談することもできます。

＜第三者委員＞

氏 名	住所・ファクス番号・電話番号
志藤 修史	〒606-8133 京都市左京区一乗寺月輪寺町15-16 FAX・電話 (075)723-3644

(3) 行政機関その他苦情受付機関

京都府社会福祉サービス運営適正化委員会	所在地 京都市中京区竹屋町通烏丸東入ル 京都府総合社会福祉会館（ハートピア）5階 京都府社会福祉協議会内 ファクス (075)212-2450 電話 (075)252-2152
---------------------	---

年（令和 年） 月 日

地域活動支援センター事業の提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

管理者氏名 加藤 恵

説明者 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、地域活動支援センターの提供開始に同意しました。

利用者住所

利用者氏名 印