

舞鶴市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自立法に基づく地域活動支援センター（以下支援センター）事業を提供します。

【地域生活支援事業の目的】

障害者及び障害児がその有する能力及び適正に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことが出来るよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。（障害者自立支援法より）

◇◆目次◆◇

1	事業者	2
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.....	2
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.....	4
10	損害賠償保険への加入.....	4
11	苦情の受付について.....	4

社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会
舞鶴市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)30-9000 (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	障害者及び障害児がその有する能力及び適正に応じ、自立した日常生活または社会生活を営むことが出来るよう、地域の特性や利用者の状況に応じた柔軟な事業形態による事業を効率的・効果的に実施し、もって障害者及び障害児の福祉の増進を図るとともに、障害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことのできる地域社会の実現に寄与することを目的とする。
事業所の名称	舞鶴市聴覚言語障害者地域活動支援センター
事業所の所在地	京都府舞鶴市宇余部下1167番地 中総合会館内
ファクス番号 電 話 番 号	(0773)64-3912 (0773)64-3911
管理者 氏名	市村 由希子
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 聴覚言語障害者等を対象にサービスを提供する。 4 事業実施に当たり、市町村が行う幹旋、調整および要請ならびに京都府が行う市町村相互の連絡調整等に対し、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	なし

3 事業実施地域

舞鶴市。 ただし、事業者が必要と認めた場合は、他地域在住の聴覚言語障害者等に対して、事業を実施する。

4 営業時間と利用定員

営 業 日	月曜日、火曜日、木曜日の週 3 日とする。 ただし、祝日、1 月 2 日から 1 月 3 日、 8 月 13 日から 16 日、12 月 29 日から 31 日を除く。
-------	--

提供時間帯 および利用定員	午前10時から午後3時までとする。 利用定員 おおむね 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	3 人以上

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。

301 会議室	オーバー・ヘッド・カメラ、スクリーン、テレビ、ビデオデッキ、CS 放送受信機、ヒヤリンググループ、屋内信号灯、机、椅子
---------	---

7 当事業所が提供するサービス

(1) 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

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創作的活動

縫製、書道、絵画等集団作品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、手話通訳、要約筆記、盲ろう者向け触手話通訳介助等を行います。

⑥送迎

ご利用者の希望により、ご自宅と事業所間の送迎サービスを行います。時間帯等は別途ご連絡します。

⑦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

事業実施地域以外にお住まいの場合は、別途実費にて移送にかかる費用をいただきます。

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

ご利用者に負担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、毎回のご利用時に請求いたしますので、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。）

(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、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は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、ご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、ご利用者の同意を得て、サービス内容の変更を行います。

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ご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

(2) ご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、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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、ご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	賠償保険、費用損害、施設利用者障害見舞金

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ご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、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。

○苦情受付担当者 社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会

舞鶴市聴覚言語障害者支援センター センター長 河地 徹

（^{でん}電 ^わ話 0773-64-3911
ファックス 0773-64-3912）

○苦情解決責任者 社会福祉法人 京都聴覚言語障害者福祉協会

京都府聴覚言語障害センター 北部市町村支援部長 今西 永里

（電 話 0773-40-1260
ファックス 0773-40-1261）

○受付時間 月曜日～金曜日 8：30～17：00

（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ご意見は「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・ファックス番号・電話番号
小出 新一	京都府長岡京市天神二丁目 14-6 ファックス/電話 (075) 955-0309

（３）行政機関その他苦情受付機関

舞鶴市役所 保健福祉部 障害福祉・国民年金課	所在地 京都府舞鶴市字北吸 1044番地 ファックス (0773) 62-7957 電話 (0773) 66-1033
---------------------------	---

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 市村 由希子

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、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