

**相談支援事業所旅人の木重要事項説明書
(指定一般相談支援事業・地域移行支援事業)**

1、サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 のうえい舎
所 在 地	千葉県習志野市津田沼 3-9-8 京成ツダヌマビル 2F
代 表 者 名	理事長 岡嶋 美恵子
設 立 年 月 日	平成15年7月22日

2、利用事業所（施設）

当事業所では、下記の事業所（施設）をご利用していただき相談支援事業を行います。これらは、障害者総合支援法に基づく指定一般相談支援事業所として習志野市長より指定された事業所（施設）です。

事業所（施設）の種類	指定一般相談支援事業所
事業所（施設）の目的	障害者総合支援法に基づく相談支援事業所旅人の木（指定一般相談支援）運営規程に定めるとおり
名称	相談支援事業所旅人の木
所在地	千葉県習志野市津田沼 3-8-19 Casa Solare102
指定年月日	平成30年4月1日

3、職員の配置状況

当事業所では、利用者に対し指定一般相談支援事業を提供するため下記の職種の職員を配置しています。

- (1) 管理者及び相談支援専門員 1名
- (2) 相談支援専門員等 1名以上

4、当施設が提供するサービスと利用料金

当施設では、ご利用者に対して次のサービスを提供します。

指定一般相談支援（地域移行支援事業）の提供方法及び内容

- (1) 日常生活全般に関する相談
 - (2) 地域の障害福祉事業者等の情報提供
 - (3) 地域相談支援（地域移行支援事業）に関する内容
 - (ア) 地域移行支援計画の作成及び評価
 - (イ) 地域に移行するための活動に関する面接又は同行による支援
 - (ウ) 障害福祉サービスの体験的な利用
 - (エ) 体験的な宿泊
 - (4) 前各号に掲げる便宜に附帯する便宜
- (1) から (3) に附帯するその他必要な相談支援、助言等提供するサービス

(1) 営業日および営業時間

営業日及びサービス提供日	月・火・水・木・金曜日 但し、国民の休日、年末年始の休日（12月29日から1月3日まで）を除く
営業時間	9：15～18：00
サービス提供時間	9：15～18：00

(2) 主たる対象者

事業所において指定一般相談支援を提供する主たる対象者は、次のとおりとします。

- ・ 精神障害者（18歳未満の者を含む）
- ・ 習志野市に住んでいた者で、退院・退所後に習志野市内へ住むことを希望する者

(3) 利用料

障害者総合支援法に基づき、市町村長が定める額の利用料をいただきます。

(4) その他の費用

- 1 事業者が提供する指定一般相談支援事業に対する料金規定は、障害者総合支

援法に基づく市町村長が定める額の利用料をいただきます。

2 指定一般相談支援事業サービスで、同行等にかかる交通費について、お支払いしていただくことがあります。金額については次のとおりです。

- ・ 事業所から片道10キロメートル未満…200円
- ・ 事業所から片道10キロメートル以上…400円からはじまり、10キロ増えるごとに200円を追加
- ・ 公共交通を利用した場合、1000円を超えた場合の実費をいただきます。

(5) 通常の事業実施地域

通常の事業の実施地域は、習志野市の全域とします。

5、利用者の記録や情報の管理、開示について

事業者は、関係法令に基づいて、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経費は、利用者の負担となります。)

* 閲覧・複写ができる窓口業務時間 9:15~18:00

6、個人情報の取り扱いについて

事業者は、業務遂行上知り得た情報を「社会福祉法人のうえい舎個人情報保護規定」に基づき、適切に処理をいたします。

7、苦情の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の窓口で受け付けます。

○ 苦情・虐待受付窓口(担当者)

<職名> 苦情受付担当者

<氏名> 保坂優

○ 受付時間 月・火・水・木・金曜日

9:30~17:30

○ 苦情・虐待解決責任者

<職名> 管理者

<氏名> 内山澄子

○ 第三者委員

<氏名> 山田 純子

<所属> 千葉メンタルクリニック

<氏名> 松原 怜子

<所属> 鎌取メンタルクリニック

<氏名> 米山 馨

<所属> 三橋病院

(2) その他苦情受付機関

千葉県運営適正化委員会

所在地：千葉市中央区千葉港4番3号
(千葉県社会福祉協議会内)

TEL : 043-246-0294

FAX : 043-246-0298

習志野市役所障がい福祉課

TEL : 047-453-9206

指定一般相談支援事業サービス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。

年 月 日

施設名 : 相談支援事業所旅人の木

説明者職名 :

氏名 : ⑩

私は、本書面に基づいて _____ から説明を受け、指定一般相談支援事業サービスの重要事項に同意しました。

住所 :

氏名 : ⑩