

## 指定特定相談支援 重要事項説明書

### 1. 当事業所が提供するサービスについての相談窓口

電話           0 2 9 9 - 3 6 - 2 0 2 0 （8時30分～17時15分まで）  
 担当           相談支援専門員

### 2. 行方市社会福祉協議会障害者相談支援事業所の概要

#### (1) 事業所の名称及び所在地

法人の名称	社会福祉法人行方市社会福祉協議会
事業者の名称	行方市社会福祉協議会障害者相談支援事業所
事業者の所在地	〒311-3512 茨城県行方市玉造甲478番地1
事業者の電話番号	0 2 9 9 - 3 6 - 2 0 2 0
事業者のFAX番号	0 2 9 9 - 5 5 - 4 5 4 5

#### (2) 職員体制

	資格	常勤	業務内容
管理者		1名	指定計画相談支援及び指定障害児相談支援の利用の申込に係る調整，業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行う
相談支援専門員	介護福祉士	1名	利用者からの日常生活全般に関する相談，サービス等利用計画及び障害児支援利用計画作成に関する業務を行う
		1名	

#### (3) 通常の事業実施地域及び営業時間

事業実施地域	行方市
営業時間	月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

※定休日 一 土曜・日曜・祝日 年末年始(12月29日～1月3日)

#### (4) 運営方針

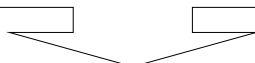
運営方針	関係法令等を遵守し，利用者等がその有する能力及び適性に応じ，自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう，利用者等の心身の状況，その置かれている環境等に応じて，利用者等の選択に基づき，適切な保健，医療，福祉，就労支援，教育等のサービスが，多様な事業者から，総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行うものとする
------	--

### 3. 指定計画相談支援の提供方法及び内容

#### (1) サービス等利用計画を作成します。

##### 【計画作成までの流れ】

利用者の日常生活全般を支援する観点から，利用者によるサービスの選択に資するよう，地域における適切な保健，医療，福祉，就労支援，教育等のサービス（以下福祉サービス）指定一般相談支援事業者に加え，地域住民による自発的な活動によるサービス等も含めて，そのサービスの内容，利用料等の情報を適正に提供します。



利用者及びその家族に面接して、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認し、利用者の希望する生活や利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題等の把握を行います。

把握した課題等に対応するための最も適切な福祉サービス等の組合せについて検討し、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期、福祉サービス等の種類等を記載したサービス等利用計画の原案を作成し、利用者に交付します。

支給決定等が行われた後に、支給決定等の内容を踏まえて変更を行ったサービス等利用計画の原案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、計画の原案の内容を説明するとともに、担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。

担当者から専門的な見地からの意見を求めたサービス等利用計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、サービス等利用計画を完成し、利用者及び福祉サービス等の担当者に交付します。

#### (2) サービス等利用計画のモニタリングを実施します。

計画の実施状況の把握及び計画の変更等	利用者及びその家族、福祉サービス等の事業者との連絡を継続的に行いつつ、作成したサービス等利用計画の実施状況を把握し、必要に応じて計画の変更、関係者との調整を行います。また、新たな支給決定等が必要であると認められる場合には、利用者に対し、支給決定等に係る申請の勧奨を行います。
--------------------	---

#### 4. 利用料金

相談支援利用料	事業者が法律の規定に基づいてサービス利用料金に相当する給付を受領する場合（法定代理受領）は、利用者の自己負担はありません。
交通費	通常の事業の実施地域を超えて行う事業に要する交通費について、次に掲げるものについては、利用者の負担になります。 ■公共交通機関を利用した場合にはその実費 ■事業所の自動車を使用した場合には、1 kmにつき30円

#### 5. サービスの利用に関する留意事項

サービスの提供時に、担当の相談支援専門員を決定します。担当の相談支援専門員が交代する場合は、あらかじめ利用者に対して説明するとともに、利用者及びそのご家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分配慮します。相談支援専門員についてお気づきの点やご要望がありましたら、苦情窓口等に遠慮なくご相談ください。

## 6. 苦情の受付について

### (1) 当事業所における苦情の受付

#### ○苦情受付窓口

相談支援専門員：中島 聡

電話：0299-36-2020 FAX：0299-55-4545

受付時間 月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

### (2) 行政機関その他苦情受付機関

■行方市役所市民福祉部 社会福祉課障害福祉グループ	所在地 茨城県行方市玉造甲 404 番地 電話番号 0299-55-0111 受付時間 8時30分～17時15分
■茨城県保健福祉部 障害福祉課	所在地 茨城県水戸市笠原町 978 番地 6 電話番号 029-301-3363 受付時間 8時30分～17時15分
■茨城県運営適正化委員会 (社会福祉法人茨城県社会福祉協議会)	所在地 茨城県水戸市千波町 1918 番地 電話番号 029-305-7193 受付時間 9時00分～17時00分

## 7. 利用者の記録及び情報の管理等

当事業所は、関係法令に基づいて、利用者の記録及び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。なお、開示に際しての必要な複写料等の諸経費用は利用者の負担となります。

- ① サービス等利用計画書
- ② アセスメント記録
- ③ モニタリング結果の記録
- ④ 利用者からの苦情内容等会議に関する記録
- ⑤ 事故の状況及び事故に際しての対応の記録

## 8. サービス利用をやめる場合

契約の有効期間は、契約締結の日から利用者の障害福祉サービス受給者証の有効期間満了日までですが、契約満了の7日前までに利用者から契約終了の申し入れがない場合は、契約は同じ条件で更新され、以降も同様となります。

以下のような事項に該当するに至った場合には、当事業所との契約は終了いたします。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>① 利用者が死亡した場合</li><li>② 市町村より利用者が計画相談支援の必要がないと判断された場合</li><li>③ 事業者が解散した場合、破産した場合または、やむを得ない理由により事業所を閉鎖した場合</li><li>④ 利用者から解約または契約解除の申し出があった場合</li><li>⑤ 事業者から契約解除を申し出た場合</li><li>⑥ 事業実施地域外への転居</li></ol> |
|---|

## 9. 守秘義務について

事業者、相談支援専門員又は従業員は、福祉サービスを提供する上で知り得た契約者及びその家族等に関する事項について一切第三者に漏洩しません。この守秘義務は、本契約の終了した後あるいは担当職員退職後も継続するものです。

前項にかかわらず、契約者に係るサービス担当者会議あるいは、福祉サービス提供上などの理由がある場合には、契約者又はその家族等の同意を得て個人情報を用いることができるものとします。

## 10. 損害賠償保険への加入

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

### 11. 虐待防止のための措置に関する事項

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

#### ①虐待の防止に関する責任者の選定

【虐待防止責任者】管理者 平塚 国治

#### ②成年後見制度の利用支援

#### ③苦情解決体制の整備

#### ④従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

#### ⑤虐待の防止のための対策を検討する委員会の設置等を実施

### 12. 衛生管理等について

本事業所は、すべての従業者に対し、健康診断等を定期的の実施するとともに、事業所の設備及び備品等の衛生的な管理に努め、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、必要な措置を講じます。

### 13. 業務継続計画の策定等について

本事業所は、感染症や非常災害の発生時において、サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じます。

令和 年 月 日

指定計画相談支援の提供にあたり、本書面に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

事業者

<事業所名> 行方市社会福祉協議会障害者相談支援事業所

<住所> 茨城県行方市玉造甲478番地1

<説明者氏名> \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定計画相談支援の提供にあたり、重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_ 印

(代理人)

<住所> \_\_\_\_\_

<氏名> \_\_\_\_\_ 印

<続柄> \_\_\_\_\_