

あさごふれ愛の郷相談支援事業所 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業者と指定計画相談支援又は指定障害児相談支援に関する利用契約の締結を希望される方に対して、社会福祉法第76条に基づく、当事業所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説明するものです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
所 在 地	兵庫県朝来市新井73番地1
電 話 番 号	079-677-2702
代 表 者 氏 名	会長 伊藤 宣廣
法人の設立年月	平成17年4月1日

2. 事業所の概要

事業所の種類	指定計画相談支援・指定障害児相談支援
事業所の名称	あさごふれ愛の郷相談支援事業所
事業所の所在地	兵庫県朝来市新井73番地1
電 話 / F A X	電 話 079-677-2708 F A X 079-677-2707 (朝来市社会福祉協議会内)
管 理 者 氏 名	足立 陽子
相談支援専門員	上谷 清志 清水 幸一朗 谷川 裕美
事業所の指定番号	兵庫県指定 第2834910024号(指定計画相談支援) 兵庫県指定 第2874900018号(指定障害児相談支援)
事業の目的	障がい者(児)及び障がい児の保護者(以下「利用者等」という。)の相談や意向等に基づき、障がい福祉サービス等が適切に利用できるようサービスの種類、内容等の計画を作成するとともに、適切なサービス提供が確保されるよう関係機関との連絡調整を行うことを目的とします。

事業所の運営方針	事業の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、利用者が有する能力及び適性や心身の状況等に応じ、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、利用者等の選択に基づき、公正中立に適切な障がい福祉サービス等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事業を行います。また、事業の実施に当たっては朝来市、保健・医療・福祉サービス機関と連携を図り、サービスの提供に努めます。
開設年月日	平成25年10月1日
事業実施地域	朝来市全域

3. 施設の概要

(1) 施設

建物	構造	鉄筋（3階建て）
	延べ床面積	279.6 m ² （共用）

(2) 主な設備

設備の種類	室数（室）	面積
相談室	1	10.5 m ² （共用）

4. 職員の配置状況

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、下記の職種の職員を配置しています。

職 種	職 務 内 容
管 理 者	職員及び業務の管理、指揮命令を行います。
相談支援専門員	利用者等の日常生活全般に関する相談業務及びサービス等利用計画の作成に関する事務。

5. 営業日及び営業時間等

営業日及びサービス提供日	月～金（ただし、国民の祝日に関する法律に規定する休日及び、12月29日～1月3日までを除く）
営業時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	8時30分～17時15分

6. 提供するサービスの内容と実施方法について

内 容	実 施 方 法
利用者等からの日常生活全般に関する相談	利用者等又はその家族に対し、サービスの提供方法等について理解しやすい説明を行います。

アセスメントの実施	(1) 適切な方法により、利用者等の心身の状況、置かれている環境及び日常生活全般の状況等の評価を通じて利用者等の希望する生活や利用者等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。 (2) 利用者等及びそのご家族に面接して行います。また、面接の趣旨を利用者等及びそのご家族に対して十分に説明し、理解を得ます。
サービス等利用計画案の作成	アセスメントに基づき、当該地域における指定障害福祉サービス等が提供される体制を勘案して、最も適切な福祉サービス等の組み合わせについて検討し、利用者等及びそのご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、内容等を記載します。
サービス担当者会議の開催	サービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集して会議を開催し、サービス担当者に対する照会等により、サービス等利用計画案の内容について、担当者から専門的な意見を求めます。
サービス等利用計画の作成	サービス等利用計画案に位置付けた福祉サービス等について、障害者総合支援法第19条第1項に規定する介護給付費等の対象となるかどうかを確認した上で、サービス等利用計画を作成し、利用者等及びそのご家族に対して説明し、文書により利用者等及びそのご家族の同意を得ます。
継続的なモニタリングの実施	(1) 利用者等及びそのご家族、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡を継続的に行い、利用者等に面接し、その結果を記録します。 (2) モニタリングの結果、必要に応じてサービス等利用計画を変更し、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
その他	上記のサービスに附帯するその他必要な相談支援、助言等を行います。

7. 利用料金

(1) 給付費支給サービス等利用料金

内 容	料金	利用料
機能強化型サービス利用支援費(Ⅲ)	18,220円/月	事業所が法定代理受領を行う場合、利用者の自己負担はありません。
機能強化型継続サービス利用支援費(Ⅲ)	15,580円/月	
機能強化型障害児支援利用援助費(Ⅲ)	20,160円/月	

機能強化型継続障害児支援利用 援助費(Ⅲ)	16,990円/月	
特別地域加算	+15%の利用料	
サービス担当国会議実施加算	1,000円/月	
サービス提供時モニタリング 加算	1,000円/月	
精神障害者支援体制加算(Ⅰ)	600円/月	
要医療児等支援体制加算(Ⅰ)	600円/月	
医療・保育・教育機関等 連携加算	2,000円/月 (面談：計画作成月)	
	3,000円/月 (面談：モニタリング月)	
	3,000円/回 (通院同行)	
	1,500円/回 (情報提供)	
集中支援加算	3,000円/月 (訪問・会議開催 会議 参加)	
	3,000円/回 (通院同行)	
	1,500円/回 (情報提供)	

(2) 給付費支給外サービス利用料金

法定代理受領を行わずサービスを提供する場合は上記表の料金を全額お支払いいただきます。

(3) 交通費

通常の事業の実施地域に要する交通費は無料です。

8. キャンセル料について

利用者の都合により、利用予定日前にサービスの利用を中止または変更することができます。サービス利用を中止される場合、ご連絡いただいた時間により下記のとおりキャンセル料を請求させていただきます。ただし、利用者の急病などやむを得ない理由の場合キャンセル料は請求いたしません。

① 利用予定日の前日午後5時までにご連絡いただいた場合 (前日が休業日の場合は休業日の前日)	無料
② ①に記載した日時までにご連絡がない場合	500円

9. 利用料金・費用のお支払い方法

利用料金・費用については1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月25日までに下記のいずれかの方法でお支払いください。

①利用者の指定金融機関の口座から自動引落し

②直接事業所の窓口でのお支払い

③事業所指定の金融機関口座への振込み

【指定金融機関】

振込先： 但馬銀行 山東支店

口座名義： 社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
会長 伊藤宣廣

口座番号： 普通預金 7111411

10. 損害賠償保険への加入

- ① 当事業所の責任において、利用者の生命・身体・財産などを傷つけた場合、事業所は利用者にその損害を賠償いたします。
- ② 当事業所は以下の損害賠償保険に加入しています。内容・詳細についてお知りになりたい場合は、当事業所管理者までご連絡下さい。

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障
補償の概要	施設サービス事業者賠償補償

11. 秘密の保持と個人情報の保護について

事業所及び従事者は、サービスを提供する上で知り得た利用者及びそのご家族に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。

この秘密を保持する義務は、契約が終了した後も継続します。

ただし、以下のために必要最小限の範囲内で使用します。

- ① 利用者に関わるサービス等利用計画の立案やサービス提供のために実施されるサービス担当者会議等での情報提供
- ② サービス事業所との連絡調整
- ③ 利用者が医療サービスの利用を希望している場合及び主治医の意見を求める必要がある場合
- ④ その他緊急連絡を必要とする場合等

12. 解約について

(1) 利用者からの解約について

- ① 利用者は当事業所に対し、契約書に添付した「契約解約申出書」を解約する日の1か月前までに当事業所に届けることによって、この契約を解約することができます。この場合の解約料は無料です。
- ② 次の場合、ご利用者は事業者に対し申し出を行うことによって「契約解約申出書」を提出することなく、この契約をいつでも解約することができます。この場合も解約料は無料です。

ア. 事業者が正当な理由なしに計画相談支援及び障害児相談支援サービスを実施しない場合。

- イ. 事業者が守秘義務に反した場合。
- ウ. 事業者が利用者またはそのご家族に対して契約を継続しがたいほど重大な社会通念を逸脱する行為を行った場合。
- エ. 事業者が破産、その他事業者がこの契約に定める計画相談支援及び障害児相談支援サービスを実施し得ない状況に陥った場合。
- オ. 利用者の緊急入院等、やむを得ない場合。

③ ただし、前項①②以外の手続き、または理由により解約を希望される場合は解約料を支払うことにより、直ちにこの契約を解約できます。

(2) 事業所からの契約解除について

- ① 当事業所は、事業の廃止や縮小によりサービスの提供が困難となった場合など、やむを得ない事由がある場合、利用者に対して契約終了日の1か月前までに理由を示した文書でお知らせすることにより、契約を解除することができます。

- ア. 利用者がこの契約に定める利用料金等の支払いを3か月以上滞納し、文書による督促を行ったにもかかわらず、督促の日から14日以内にその支払いがなかった場合。
 - イ. 利用者もしくはご家族による契約を継続しがたいほどの重大な行為により、円滑なサービスが提供できなくなる場合。
- (この場合は解約する理由を示した文書をご利用者にお渡しします。)

1 3. 利用者の記録や情報の管理、開示について

提供したサービスの記録は、サービスを提供した日から5年間保存します。

また、利用者とそのご家族に限り記録の閲覧及び写しの交付が可能です。

1 4. 緊急時の対応

利用者のお宅に訪問中に、ご利用者の病状の急変、その他緊急事態が生じたときは速やかに主治医に連絡をする等の措置を行い医師の指示に従います。

1 5. 感染症発症時の対応方法

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、他の利用者へ影響を考慮し次の対応をとらせて頂きます。

(1) 健康診断等

感染する可能性のある疾患に罹られた場合、又その恐れがある場合、主治医等の診察を受けて頂き、診断書(証明書)の提出をお願いする場合があります。

(2) サービスの利用中止・変更

利用者又はご家族からのご要望を頂いたとしても、治癒するまではサービス提供をお断りする若しくは、サービス内容の変更をする場合があります。

(3) 施設休業

施設内で集団感染の恐れのある場合は施設休業をやむなく行う場合があります。

1 6. 【サービスご利用に際してのお願いについて】

ハラスメント行為などにより、健全な信頼関係を築くことが出来ないと判断した場

合は、サービス中止や契約を解除することもあります。

17. 【サービス利用に際しての禁止事項について】

- (1) 事業者の職員に対して行う暴言・暴力・嫌がらせ・誹謗中傷などの迷惑行為。
- (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為。

18. 【虐待防止に関する事項について】

利用者の人権を擁護し、虐待防止のため、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止委員会の設置
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) サービス提供中に、虐待を受けていると思われる利用者を発見した場合は、速やかに、これを朝来市役所に通報します。
- (5) 生命または身体を保護するため、緊急やむを得ない場合を除いて、身体拘束など行動を制限する行為を行いません。

19. 相談・苦情等の受付について

○当事業所のサービス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等については、下記の窓口まで遠慮なくお申し出ください。

受付時間は全窓口 月曜日～金曜日／8時30分～17時15分の間

社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会内	兵庫県朝来市新井 73 番地 1 電話番号 079-677-2703 FAX 番号 079-677-2707 管理者 足立 陽子
-----------------------	--

○当事業所では地域にお住まいの方々を第三者委員に選任し、地域住民の立場から当事業所のサービスに対するご意見をいただいています。利用者は、当事業所への苦情やご意見は下記の「第三者委員会」に相談することもできます。

受付時間は月曜日～金曜日／8時30分～17時15分の間

第三者委員会 社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会内	兵庫県朝来市新井 73 番地 1 電話番号 079-677-2702 FAX 番号 079-677-2706
---------------------------------	---

○ご相談や苦情などについては、下記の窓口でも受付けています。

朝来市役所 健康福祉部社会福祉課	兵庫県朝来市和田山町東谷 213 番地 1 電話番号 079-672-6123 FAX 番号 079-672-4109
兵庫県福祉サービス 運営適正化委員会	神戸市中央区坂口通 2 丁目 1 番地 1 電話番号 078-242-6868 FAX 番号 078-271-1709

20. 重要事項の説明確認について

この重要事項説明書の	説 明 場 所	
	説 明 年 月 日	令和 年 月 日 時 分

※尚、この重要事項説明書の内容に変更が生じた場合は、利用者にその内容を文書で通知し口頭でご説明いたします。

指定計画相談支援及び指定障害児相談支援サービスの提供及び利用の開始に際し、利用者に本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

(事 業 者)	所在地	兵庫県朝来市新井 73 番地 1
	名 称	社会福祉法人 朝来市社会福祉協議会
	代表者	会長 伊 藤 宣 廣 ㊞

(説 明 者) 所 属 あさごふれ愛の郷相談支援事業所

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、指定障害福祉サービス事業に関するサービス（計画相談支援もしくは障害児相談支援サービス）の提供及び利用の開始に同意しました。

(利用者) 住所: 朝来市

氏 名： _____ (印)

(代理人) 住 所: 朝来市

氏 名： _____ (印)