

指定特定相談支援事業 障害児相談支援事業 重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して障害者総合支援法に基づく指定特定相談支援サービス（以下「指定特定相談支援等サービス」という。）を提供します。この説明書は、当事業所と指定特定相談支援事業と障害児相談支援事業（以下「指定特定相談支援事業等」という。）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条に基づき、事業所の概要や提供するサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	2
2. 事業所の概要	2
3. 運営方針	2
4. サービスの提供日及び提供時間	3
5. 職員の体制・職員の職務内容	3
6. サービス内容	3
7. サービスの利用料金	4
8. サービスの利用に関する留意事項	5
9. サービス利用方法	5
10. 利用者の記録や情報の管理・開示	6
11. サービス内容に関する苦情	6
12. 緊急時の対応方法	7
13. 事故発生時の対応	7
14. 秘密保持について	8

ケアセンターかがやき相談支援

当事業所は特定相談支援事業者の指定を受けています。

1 事業者

《名 称》 医療生協さいたま生活協同組合

《所 在 地》 埼玉県川口市木曽呂 1317

《代 表 者》 増田 剛

2 事業所の概要

事 業 所 名	ケアセンターかがやき相談支援
所 在 地	〒332-0035 埼玉県川口市西青木 5-1-40
電 話 番 号	048-251-0166
F A X 番 号	048-251-0307
事 業 所 番 号	1130202417 (特定相談支援) 1170200859 (障害児相談支援)
事 業 実 施 地 域	川口市
事業所が行っている他の業務	指定居宅介護支援 指定訪問看護 指定訪問介護 指定通所介護

3 運営方針

①指定特定相談支援事業等の提供に当たっては、利用者等が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（以下「福祉サービス等」という。）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います。

②指定特定相談支援事業等の運営に当たっては、市町村・障害福祉サービス事業者等との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善・開発に努めます。

③指定特定相談支援事業等の実施に当たっては、利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者

等の立場に立って、計画作成対象障害者等に提供される指定居宅サービス等が特定の種類又は特定のサービス事業者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。

4 サービスの提供日及び提供時間

提 供 日	月 曜 日 ~ 土 曜 日
休 業 日	12月30日~1月3日
受 付 時 間	午前8時30分~午後5時30分

5 職員体制

職 名	資 格	常 勤	兼務の 别	合 計	業 務 内 容
管理者	介護支援専門員	1名	兼務	1名	○従業者及び業務の管理 ○サービス利用計画の作成 ○障害福祉サービス事業者との連絡調整等
相談支援専門員	相談支援専門員	2名		2名	
事 務 職 員	—	1名	兼務	1名	○事務全般
合 計		4名	—	4名	—

6 サービス内容

(1) 地域の利用者等からの日常生活全般に関する相談

利用者等の立場に立って懇切丁寧に行うことを旨とし、利用者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ように説明を行うとともに、必要に応じ、同じ障害を有する者による支援等適切な手法を通じ行います。

(2) アセスメントの実施

- ① サービス等利用計画の作成に当たっては、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の評価を通じて利用者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 アセスメントの実施に当たっては、利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族に面談を行うものとし、面接の趣旨を利用者及び家族に対して十分に説明し、理解を得るよう努めます。

(3) 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、指定施設支援及び指定地域相談支援（以下「指定障害サービス等」という。）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及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、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・量並びに福祉サービス等を提供する上での留意事項、厚生労働省令で定める期間に係る提案等を記載したサービス等利用計画案を作成します。

(4) 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行う会議を開催し、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見地からの意見を求める。

利用者又はその家族等に対して説明し、文書により利用者等の同意を得ます。

(5) 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、介護給付等の対象になるかを区分した上で、サービス等利用計画及び障害児支援利用計画を作成し、利用者及びその家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得ます。

(6) 繼続的なモニタリングの実施

- ① モニタリングに当たっては、利用者及び家族、福祉サービス等の事業を行なう者等との連絡を継続的に行い、利用者等の居宅等を訪問し、利用者等と面接し、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。

(7) 障害者支援施設等への紹介

ご利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又はご利用者が障害者支援施設等への入院又は入所を希望する場合には、障害者支援施設等への紹介その他の便宜の提供をいます。

(8) 指定障害児相談支援事業の内容

前項の規定は、事業所で行う指定障害児相談支援事業の内容及び提供方法について準用する。この場合において、「指定計画相談支援」とあるのは「指定障害児相談支援」と、「サービス等利用計画」とあるのは「障害児支援利用計画」と読み替えるものとする。

7 サービスの利用料金

- ① サービス利用料金指定計画相談支援サービスに関する利用料金について、厚生労働大臣が定める基準により、利用者が認定を受けた市町村から計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費の支払いを受けるものとする。
- ② 交通費
通常の事業実施地域にお住まいの場合は、頂きません。

8 サービスの利用に関する留意事項

サービス提供時に、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替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその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十分に配慮します。

利用者から特定の相談支援専門員を指名することはできませんが、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、相談窓口等にご遠慮なく相談ください。

9 サービス利用方法

(1) サービス利用開始

まずは、お電話でお申込みください。当事業所の職員がお伺いいたします。

(2) サービスの終了

- ① ご利用者様のご都合でサービスを終了する場合、サービス終了を希望する1週間前までにお申し出ください。
- ② 当事業所の都合でサービスを終了する場合、人員不足等やむを得ない事情により、サービスを終了させていただく場合がございますが、その場合は、終了1か月前までに文書で通知するとともに、他の相談支援事業者をご紹介いたします。

③ 自動終了

以下の場合は、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

ア ご利用者様が障害支援施設に入所した場合

イ 相談支援を受けていたご利用者様が、支給決定により相談支援が不要と判断された場合

ウ ご利用者様が亡くなられた場合

④ その他

ご利用者様やご家族様などが当事業所や当事業所のサービス従業者に対して本契約を継続し難しいほどの背信行為を行った場合は、文書で通知する事により、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

10 利用者の記録や情報の管理・開示

当事業所では、関係法令及び医療生協さいたま個人情報保護規程に基づいて利用者様の記

録や情報を適切に管理し、利用者様の求めに応じてその内容を開示します。なお、開示に際して必要な複写料などの諸経費は、利用者様の負担となります。また、利用者様に対するサービス提供に関する諸記録は指定相談支援サービス等を提供した日から5年間保存します。

(1) 記録項目

- ① サービス利用計画
- ② アセスメントの記録
- ③ サービス担当者会議等の記録
- ④ モニタリング結果の記録
- ⑤ 契約内容報告書
- ⑥ 利用者様からの苦情の内容等の記録
- ⑦ 事故の状況及び事故に際しての対応の記録

(2) 閲覧・複写の受付

受付時間： 午前8時30分～午後5時30分

11 サービス内容に関する苦情

(1) 当事業所のご利用者相談・苦情窓口

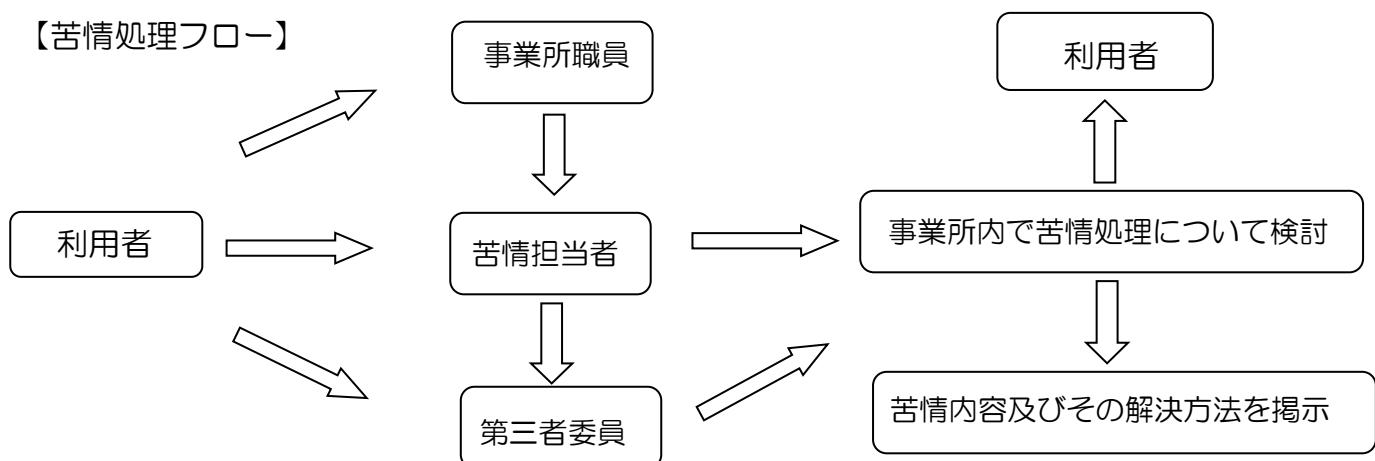
担当者	管理者 木伏 和彦
電話番号	048-251-0166
FAX番号	048-251-0307
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時30分～午後5時30分
休業日	12月30日～1月3日

(2) 第三者委員

当事業所では、第三者委員を選任し、当事業所のサービスに対する意見などをいただいています。利用者様または契約者は、当事業所への苦情やご意見につきましては第三者委員に相談する事が出来ます。

牧野 丘	埼玉総合法律事務所
	〒333-0063 さいたま市浦和区岸町7-12-1東和ビル4階
	電話 048-862-0355
	FAX 048-839-7927

(3) 当事業所における苦情処理体制



(4) その他

当事業所以外にお住いの市町村及び埼玉県運営適正化委員会の相談・苦情窓口等に苦情を伝える事ができます。

相談・苦情窓口	電話番号	受付時間
川口市障害者福祉課	048-259-7926	午前8時30分～午後5時15分

12 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容態の変化等があった場合は、事前に打ち合わせにより主治医、救急隊、ご家族様等へ連絡いたします。

主治医	氏名		
	連絡先		
ご家族	氏名		電話番号
	連絡先		

13 事故発生時の対応

サービス提供を行っている時に、利用者に予期せぬ事故が発生した場合は、以下の通り迅速かつ適切な対応により円滑・円満な解決に努めます。

- (1) 利用者に対する事故が発生した場合は、速やかに市町村の担当部署、利用者の家族等に連絡を行うとともに、必要な処置を講じます。
- (2) 利用者に対して賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を行います。

- (3) 事故が発生した場合は、その原因を解明し再発防止の対応を講じます。またその詳細を記録にとどめるものとします。

保険会社名	三井住友海上火災保険株式会社
保険名	民医連介護事業所向け賠償責任保険制度
補償の概要	対人・対物・管理下財物・経済損失補償

14 秘密保持について

- ① 当事業所の従業員は、正当な理由がなくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密を洩らしません。
- ② 当事業所従業者であっせんした者は、正当な理由なくその業務上知り得たご利用者及びご家族の秘密は洩らしません。
- ③ 事業者では、ご利用者の医療上緊急の必要性がある場合又はサービス担当者会議等で必要がある場合に限り、あらかじめ文書による同意を得た上で、必要な範囲内でご利用者又はご家族の個人情報を用います。

サービス提供開始に係る同意書

令和 年 月 日

指定特定相談支援等サービスの提供に際し、利用者に対して本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者 所在地 埼玉県川口市木曽呂1317
名称 医療生協さいたま生活協同組合
代表者名 理事長 雪田 慎二 印

事業所 所在地 埼玉県川口市西青木5-1-40
名 称 ケアセンターかがやき相談支援 印

説明者 職 名 相談支援専門員

氏 名 印

私は、本書面に基づいて事業者から指定特定相談支援等についての重要事項の説明を受けサービスの提供開始に同意します。

利用者 住 所：

氏 名： 印

契約者 住 所：

氏 名： 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所：

氏 名： 印

続 柄：

個人情報利用同意書

私（及び私の家族）の個人情報については、下記により必要最低限の範囲内で使用する事に同意します

記

1. 使用目的

- (1) 居宅サービス提供を受けるにあたって、相談支援専門員と障害福祉サービス事業者との間で開催されるサービス担当者会議において、利用者の状態、家族の状況を把握するために必要な場合
- (2) 上記(1)の外、相談支援専門員又は障害福祉サービス事業者との連絡調整のために必要な場合
- (3) 現に障害福祉サービスの提供を受けている場合で、私が体調等を崩し又はケガ等で病院へ行ったときで、医師・看護師等に説明する場合
- (4) 当事業者で、本事業及び関連する事業の事務において必要な場合

2. 個人情報を提供する事業者

- (1) サービス利用計画に掲載されている障害福祉サービス事業者
- (2) 病院又は診療所（体調を崩し又はケガ等で診察することになった場合）

3. 使用する期間

相談支援サービスの提供を受けている期間

4. 使用する条件

- (1) 個人情報の利用については、必要最低限の範囲で使用するものとし、個人情報の提供に当たっては関係者以外の者に洩れることがないよう細心の注意を払う
- (2) 個人情報を使用した会議、相手方、個人情報利用の内容等の経過を記録する。

令和　　年　　月　　日

指定特定相談支援事業者 医療生協さいたま生活協同組合

利用者 住 所：_____

氏 名：_____ 印_____

家族等 住 所：_____

氏 名：_____ 印_____

利用者は、身体の状況等により署名ができないため、利用者本人の意向を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 住 所：_____

氏 名：_____ 印_____

続 柄：_____