

医療法人共和会 指定障がい福祉サービス事業所

相談支援事業所 みらい

指定一般相談支援事業 重要事項説明書

1. 事業所の概要

サービスの種類	指定一般相談支援 指定地域相談支援サービス（地域移行支援・地域定着支援）
事業所の名称	相談支援事業所 みらい
事業所の所在地	〒474-0071 愛知県大府市梶田町二丁目 1 2 3 番地
電話番号	TEL 0562-46-0787 FAX 0562-46-0788
管理者氏名	〇〇〇〇〇
事業所番号	2 3 3 8 8 0 0 0 7 7
事業開始年月日	平成 2 7 年 1 2 月 1 日
サービス提供地域	大府市
主たる対象者	障がいとは特定しないものとする
事業の目的	利用者が、地域において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、利用者に対して必要な指定地域相談支援サービスを提供します。
運営方針	1 利用者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、当該利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスが、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものとする。 2 相談支援サービスの提供に当たっては、区市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関等との連携を図り、総合的なサービスの提供に努めるものとする。 3 相談支援サービスの提供に当たっては、利用者の意向を踏まえ、障害福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業所等に不当に偏することのないよう、公正中立に行われるように努めるものとする。 4 事業所は、自らその提供する相談支援サービスの評価を行い、常にその改善を図るものとする。 5 前 4 項の他、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（以下「法」という。）に定める内容の他関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

2. 法人の概要

名称・法人種別	医療法人 共和会
代表者名	理事長 〇〇〇〇〇
法人所在地	大府市梶田町 2 丁目 123 番地
電 話	0562-46-2222
F A X	0562-47-6577

3. 事業所の職員体制

職 種	人数	職務の内容
管理者	1 名	従業員および兼務の一元的管理
相談支援専門員	1 名以上	相談支援業務の実務
相談員	1 名以上	相談支援専門員の業務の補助等

4. 職員の職務内容

職 種	職 務 内 容
管理者	従業員の管理、指定地域相談支援及び相談支援の利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。 また、従業員に係る法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
相談支援専門員	【基本相談支援】 障害者等からの相談に応じ、情報の提供等を行い、 区市町村や障害福祉サービス事業者等の連絡調整を行います。 【地域移行支援】 ア 地域移行支援計画の作成 イ 入所施設や精神科病院への訪問による利用者に対する相談及び援助 ウ 障害福祉サービス事業の体験的な利用者等に係る同行による必要な支援 エ 一人暮らしに向けた体験的な宿泊に係る支援 【地域定着支援】 ア 地域定着支援台帳の作成 イ 利用者に対する常時の連絡体制の確保 ウ 緊急時における一時的な滞在等による支援

5. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日（年末年始および国民の祝日を除く）
サービス提供時間	月曜日から金曜日 午前9時から午後5時まで

上記営業日、営業時間の他、電話等により、24 時間常時連絡が可能な体制とする。

6. 利用料金

(1) サービス利用料金

指定地域相談支援サービスに関する利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、市町村から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。

(2) その他の利用料金

当事業所を利用していただくにあたり、
利用者の希望により利用者自身の用に使われる料金・費用は実費負担となります。
通常の事業の実施地域以外であって、
事業所から片道概ね10キロメートル以上の地域の居宅等を訪問して
指定地域相談支援を提供する場合は、必要な実費交通費500円をいただく場合があります。

7. 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等が交替する場合は、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に配慮します。利用者から特定の相談支援専門員等を指名することはできませんが、相談支援専門員等についてお気づきの点やご要望がありましたら、遠慮なくご相談下さい。

8. 事故発生時の対応

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講じます。

また、利用者に対する指定地域相談支援事業の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

9. 損害賠償保険への加入

本事業所は、医療法人共和会が加入する損害賠償保険の対象となります。

10. 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス等の相談窓口

サービスに対する苦情やご意見、利用料の支払いや手続きなどサービス利用に関する相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専門窓口で受け付けます。

苦情受付・相談窓口（担当者）	場所・対応時間
〇〇〇〇〇	相談支援事業所 みらい 月曜日～金曜日 9：30 ～ 16：00
大府市役所 福祉部 高齢障がい支援課 障がい福祉係	・所在地 愛知県大府市中央町五丁目70番地 ・電話番号 0562-45-6289 ・受付時間 平日 8：30 ～ 17：15
愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会	・所在地 名古屋市中区白壁一丁目50番地 愛知県社会福祉会館内 ・電話番号 052-212-5515 ・受付時間 月曜日～金曜日 9：00～17：00

11. 虐待防止のための措置

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】相談支援専門員 〇〇〇〇〇
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従事者に対して虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

1 2. 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、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費用は、利用者の負担となります。）

保存期間は、指定地域相談支援サービスを提供した日から5年間です。

閲覧・複写の受付	月曜日から金曜日 9：00 ～ 17：00
----------	--------------------------

指定地域相談支援事業の提供にあたり、_____様に対して、
契約書及び本書面に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

事業所

住所 愛知県大府市梶田町二丁目 1 2 3 番地

名称 相談支援事業所 みらい

説明者 相談支援専門員 氏名_____ 印

令和 年 月 日

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域相談支援の提供にあたり、
重要な事項の説明を受け、同意しました。

利用者

(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) _____