

越前市社会福祉協議会 障害者相談支援センター 重要事項説明書

(指定一般相談支援事業所)

当事業所の概要や提供される福祉サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを次の通り説明します。

1. 事業者について

事業者名称	社会福祉法人 越前市社会福祉協議会
代表者氏名	会長 福田 修 治
所在地	〒915-0221 福井県越前市府中1丁目11番2号
連絡先	Tel 0778(22)8500 Fax 0778(22)8866
設立年月日	平成18年4月1日

2. 事業所の概要について

(1) 事業所の所在地等

事業所の名称	越前市社会福祉協議会 障害者相談支援センター
事業の種類	地域定着支援・地域移行支援
福井県指定事業所番号	指定一般相談支援事業所 第183080080号
指定年月日	平成25年4月1日
事業所の所在地	〒915-0057 福井県越前矢船町8-12-1
連絡先	Tel 0778(22)8502 Fax 0778(22)8011

(2) 事業の目的および運営方針

事業の目的	指定一般相談支援事業の適正な運営を確保するために必要な人員及び運営管理に関する事項を定め、事業の円滑な運営管理を図るとともに、障害者に対し適切な指定地域移行支援及び指定地域定着支援を行うことを目的とする。
事業の運営方針	①利用者の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立つて行うものとする。 ②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に配慮して行うものとする。 ③地域移行支援の実施にあたっては、利用者の退院、退所にあたり、地域における生活に移行するための活動に関する相談や必要な支援を適切かつ効果的に提供されるよう、配慮して行うものとする。 ④地域定着相談支援の実施にあたっては、利用者との常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談その他の必要な支援を適切かつ効果的に行うものとする。 ⑤本会は、市、障害福祉サービス事業を行う者等との連携を図り、障害者の意向、障害の特性に応じ適正かつ効果的に行うものとする。 ⑥本会は、自らその提供する相談支援の評価を行い、常にその改善を図るものとする。 ⑦前各項の他、関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。

3. 事業実施地域及び営業時間

通常の事業実施地域	越前市の区域
営業日	月曜日から金曜日
休日	土曜日・日曜日・祝日・年末年始(12/29～1/3)
営業時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時まで

4. 職員の配置状況

当事業所では、ご利用者に対して指定地域相談支援を提供する職員として、次の職種の職員を配置しています。

〈主な職員の配置状況〉 ＊職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数
1.管理者	1名
2.相談支援専門員	1名以上

5. 提供するサービスと利用料金

当事業所では、ご利用者に対して次のサービスを提供します。

当事業所が提供する指定地域相談支援について、通常の場合、ご利用者の利用料負担はありません。

(1) 指定地域相談支援の内容（第3条関係）

① 指定地域移行支援

障害者支援施設等の入所している障がい者又は療養介護を行う病院に入院している障がい者に対して、住居の確保その他の地域における生活における生活に移行するための活動の関する相談その他の支援を行う

アセスメント

相談支援専門員は、ご利用者を訪問しご利用者の状況、その置かれている環境及びご利用者の希望する生活、解決すべき課題等を把握します。

地域生活に移行するための活動に関する支援

利用者の住居の確保その他の地域における生活に移行するための活動に関する相談、外出の際の同行、障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援）の体験的な利用支援、体験的な宿泊支援などを行います。

地域移行支援計画案の作成

ご利用者のアセスメントに基づき、地域移行支援の目標及び達成時期、地域移行支援を提供する上での留意事項等を記載した地域移行支援案を作成します。

地域移行支援計画の交付

相談支援専門員は、サービス担当者会議を開催し、意見を求め、地域移行支援計画をご利用者等に交付します。

地域移行支援計画の変更

必要に応じて、地域福祉移行計画の見直しを行い、計画の変更をおこないます

支援を提供するにあたっては、市町村、指定障害福祉サービス、関係機関との連絡調整を行います。

②指定地域定着支援の内容

ご利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に相談や必要な支援を行います。

地域定着支援台帳の作成

緊急時において必要となる家族、ご利用者が利用する指定障害福祉サービス事業者、医療機関等の連絡先、その他のご利用者に関する情報を記載した地域定着支援台帳を作成します。

緊急の連絡体制

緊急時において支援が必要な場合には、速やかに利用者宅への訪問等により状況を把握し、利用者の家族、ご利用者が利用する指定障害福祉サービス事業者、医療機関等との連絡調整、一時的な滞在による支援を行います。

常時の連絡体制の確保及び緊急事態における支援体制

曜日・時間帯	連絡先	対応方法
月～金（祝日除く） 午前 8 時 30 分～午後 5 時	0778-22-8502	職員が対応する
上記以外	090-1630-6311	携帯電話にて対応

（2）利用料金（契約書第 4 条参照）

①サービス利用料金

指定地域相談支援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、市町村から地域相談支援給付費を受領する場合（法定代理受領）は、ご利用者の自己負担はありません。

②交通費

いたしません。

6. サービスの利用に関する留意事項

〈サービス提供を行う相談支援専門員〉

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、予めご契約者に説明するとともに、ご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。

ご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、事業所窓口等にご遠慮なく相談ください。

7. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第 6 条 4 項参照）

本事業所では、関係法令及び越前市社会福祉協議会個人情報保護規則に基づいて、ご利用者の記録や情報を適切に管理し、ご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、ご利用者の負担となります。保存期間は、指定地域相談支援を提供した日から 5 年間です。

* 本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) 地域移行支援計画
- (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) ご契約者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
- (5) ご利用者からの苦情の内容等の記録

(6) 事故の状況及び事故に際しての対応の記録

閲覧・複写の受付	8:30~17:00
----------	------------

8. 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律」(平成23年6月24日法律第79号)に基づき、虐待の早期発見並びに国や地方公共団体が講ずる施策に協力するよう努めるとともに、下記の対策を講じます。

- ① 虐待防止に関する責任者を選定しています。
 <虐待防止責任者> 畑 裕子
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 苦情解決体制を整備しています。
- ④ 従業者に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ⑤ 虐待防止の対策を検討する委員会の設置をしています。
- ⑥ その他虐待防止のために必要な措置をします。

9. 業務継続計画の策定等について(自然災害発生時・感染症発生時)

事業者は、複数の施設・事業所を持つ法人であるので、法人本部として業務継続計画を策定し、被災時に限られた資源を有効に活用するため、法人本部と施設・事業所間の物資や職員派遣等の支援体制が連動できる計画を実施します。

10. 衛生管理について

事業者は、感染症の予防及びまん延防止に努め、感染防止に関する会議等においてその対策を協議し、対応方針等を作成し掲示を行います。また、研修会や訓練を実施し、感染対策の資質の向上に努めます。

11. ハラスメントの防止について

事業者は、ハラスメントの防止及び排除のための措置並びにハラスメントに起因する問題が生じた場合に適切に対応するための措置を講ずるものとします。

12. 苦情等の受付について(契約書第12条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談

当事業所に対する苦情やご相談は次の窓口で受け付けます。

- 苦情受付窓口 当事業所の窓口
- 苦情解決責任者 坪内 利子
- 苦情受付担当 畑 裕子
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:30～17:00
- 苦情受付電話・ファクシミリ番号 Tel 0778(22)8502 Fax 0778(22)8011

(2) 行政機関その他苦情受付機関

越前市役所 社会福祉課	〒916-0071 越前市府中1丁目13-7 Tel 0778(22)3004 Fax0778(22)9185
福井県運営適正化委員会	〒910-8516 福井市光陽2丁目3-22 (福井県社会福祉協議会内) Tel 0776(24)2339 Fax0776(24)8941

令和 年 月 日

指定地域相談支援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。

越前市社会福祉協議会 障害者相談支援センター

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重要事項の説明を受け、指定計画相談支援等の提供開始に同意しました。

契約者住所 _____

氏 名 _____ 印

契約者が代理人を選任した場合

(代理人氏名) _____ 印

(契約者との関係) _____

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第218号（平成24年3月13日）第5条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。