重要事項説明書

平成 25 年 4月 1日作成

平成25年10月 1日改訂

平成 26 年 10 月 1 日改訂

平成27年 4月 1日改訂

平成30年 9月26日改訂

平成31年 2月 1日改訂

平成31年 4月 1日改訂

重要事項説明書

1. 事業者の概要

経営事業者の名称				3 称	社会福祉法人ファミーユ高知
法	人	所	在	地	高知県高知市春野町内ノ谷 63 番地 6
代	表	者	氏	名	近森 正幸
電	話	:	番	믕	088-842-1921

2. 事業所の概要

事 業 指 定	指定障害児相談支援
事業所番号	3970100065 (平成 25 年 4 月 1 日指定)
事業所の名称	高知ハビリテーリングセンター相談支援事業所
事業所の所在地	高知県高知市春野町内ノ谷 63 番地 6
電 話 番 号	088-842-1921
管 理 者 氏 名	西岡 由江
サービスの実施地域	高知市(その他の地域についても実施する場合もある)
主たる対象者	障害児
サービスの種類	指定障害児相談支援サービス
事業の目的	・障害児が、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、障害児に対し
	て必要な指定計画相談支援サービスを提供します。
事業所の運営方針	・障害児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、障害児の意向、適性、障害の特性その他の事情を
	踏まえ、障害児に対して指定計画相談支援サービスを提供
	するとともに、その効果について継続的な評価を実施する
	こと、その他の措置を講ずることにより障害児に対して適
	切かつ効果的に指定計画相談支援サービスを提供します。
	・障害児の意思及び人格を尊重し、常に障害児の立場にたっ
	た指定計画相談支援サービスの提供に努めます。
	・できる限り居宅に近い環境の中で、地域や家族との結びつ
	きを重視した運営を行い、市町村、指定障害者支援施設や
	障害福祉サービスを行う者、その他の保健医療サービス又
	は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めます。
	・障害児の人権の擁護、虐待の防止等のために、責任者を設
	置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、
	研修を実施する等の措置を講じるよう努めます。
	・前4項のほか、法に定める内容のほか関係法令を遵守し、
	サービスを実施します。

3. 事業所の職員体制

職		種	職員数
管	理	者	1名(兼務)
相	談支援専	門員	1名(兼務)

4. 事業所の営業日及び営業時間

営	業	į		月曜日~金曜日(祝日、12月29日~1月3日を除く)
営	業	時	間	9:00~17:00

5. 実施する指定障害児相談支援の内容

(1)指定障害児支援利用援助

障害児等及びその家族との面接やサービス提供事業者等との連絡調整を行い、障害児支援利用計画を作成します。

<障害児支援利用計画作成の流れ>

1	サービス内容	サービス等利用計画の作成にあたっては、障害児等によるサービ
	等に関する	スの選択に資するよう、地域の指定障害福祉サービス事業者等又
	情報提供	は指定一般相談支援事業者に関するサービス内容、利用料等の情
		報を適正に提供します。
2	アセスメント	必要に応じて障害児の居宅等を訪問し、障害児及びその家族に面
		接を行い、障害児の心身の状況、その置かれている環境及び日常
		生活全般の状況等を把握します。これらの評価を通じて、障害児
		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。
3	障害児支援利	把握された解決すべき課題等に対応するために、最も適切な福祉
	用計画案の	サービス等の組み合わせについて検討します。そして、障害児及
	作成	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達成時
		期、福祉サービス等、利用計画案を作成します。
4	障害児支援利	障害児支援利用計画案の内容について、障害児及び家族に対して
	用計画案の	説明し、文書により障害児等の同意を得ます。また、障害児支援
	説明•交付	利用計画案を障害児等に交付します。
5	サービス等担	支給決定が行われた後に、支給決定等を踏まえて障害児支援利用
	当者会議の	計画案の変更を行い、福祉サービス事業者等との連絡調整を行い
	開催	ます。また、サービス等担当者会議を開催し、障害児支援利用計
		画案の内容を説明し、福祉サービス等の担当者から専門的な意見
		を求めます。
6	障害児等への	サービス等担当者会議を踏まえた障害児支援利用計画の内容につ
	説明	いて、障害児又はその家族に対して説明し、文書により同意を得
		ます。
7	障害児支援利	完成した障害児支援利用計画を障害児又はその家族、福祉サービ
	用計画の交付	ス担当者に交付します。

(2) 指定継続サービス利用支援

モニタリング	障害児及びその家族、福祉サービス事業者等と継続的に連絡をと
	り、障害児支援利用計画の実施状況を把握します。また、市町村が
	決定したモニタリング期間ごとに障害児等との面接を行い、必要に
	応じて障害児支援利用計画の変更、福祉サービス事業者等との連絡
	調整等を行います。また、新たな支給決定又は地域相談支援給付決
	定に係る申請を行います。
障害児支援利用	障害児支援利用計画を変更する際は、障害児の解決すべき課題の変
計画の変更	化に留意しながら、原則として、(1)1~3及び5~7に規定さ
	れた業務を行います。
入所施設等への	障害児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
紹介又は地域生	る場合又は障害児が指定障害児支援施設等への入所又は病院への
活への移行に関	入院を希望する場合には、施設等への紹介等を行います。また、指
する情報提供等	定障害児支援施設等からの退所又は退院しようとする障害児等か
の援助	ら依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよ
	う、必要な情報提供や助言等の援助を行います。

6. 利用者負担額

(1) 指定障害児相談支援

利用者負担は発生しません。

ただし、法定代理受領を行わない(利用者が償還払いを希望する)場合は、計画 相談支援給付費の全額をいったんお支払いただきます。

中山間地域等に居住している方に対しては、特別地域加算として 15%を加算するものとします。

(2) 交通費

通常の事業の実施地域以外の居宅等を訪問して指定障害児相談支援を提供する場合は、必要な交通費を頂くことがあります。

事業者の車両を使用した場合: 1 kmあたり相当する燃料費により算定公共交通機関を使用した場合: 要した実費額

(3)初回加算

初回時のアセスメントに係る事業所の業務を評価する加算。

7. 利用者負担額等の請求

- (1)事業所は、利用者負担額等の費用を利用者に請求するときは、書面によって行うものとします。
- (2)事業所は、前項の請求により利用者から直接支払を受けたときは、当該利用者に 領収書を交付するものとします。
- 8. 指定障害児相談支援の提供にあたっての留意事項

指定障害児相談支援の提供に先立って、障害福祉サービス等の支給決定を受けている場合は、受給者証をご提示いただき、指定障害児相談支援の対象者であること、継続障害児支援利用援助のモニタリング期間、通所給付決定の有無、通所給付決定の有効期間、支給量等を確認させていただきます。受給者証の住所、支給内容等に変更があった場合は速やかに事業者にお知らせください。

9. 虐待の防止

事業者は、障害児の人権の擁護・虐待の防止等のために、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。

虐待防止に関する責任者 西岡 由江

- (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。

10. 個人情報の取り扱い

指定障害児相談支援事業所の従業者等は業務上知り得た障害児及びその家族の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、指定計画相談支援の契約が終了した後においても継続します。また、従業者等である期間及び従業者等でなくなった後においても、この 秘密を保持する義務は継続します。

障害児及び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します。

(1)使用目的

- 居宅サービスの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、障害児の状態、家族 の状況を把握するために必要な場合
- 上記のほか、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
- ・現に障害福祉サービスの提供を受けている場合で、障害児が体調等を崩し又は ケガ等で病院へ行ったときに、医師や看護師等に説明する場合
- 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
 - ・支給決定を受けている市町村
 - 障害児支援利用計画に掲載されている障害福祉サービス事業者
 - 病院又は診療所(体調を崩し又はケガ等で診療することとなった場合)
- (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
 - 個人情報の利用については、必要最小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漏れることのないよう細心の注意を払います。
 - ・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します。

11. 緊急時の対応方法

障害児の容態に急変があった場合は、救急搬送をお願いするとともに協力医療機関または、障害児の指定する医療機関に連絡する等、必要な処置を講ずるほか、ご家族等へ速やかにご連絡します。

12. 協力医療機関

当施設が定めている協力医療機関は次のとおりです。

医療機関	社会医療法人近森会 近森病院	
	近森リハビリテーション病院	
	総合心療センター	
所在地	高知市大川筋一丁目 1-16	
電話番号	088-822-5231	
診療科目	救急一般等	

医療機関	広田歯科医院
所在地	高知市春野町芳原 3401
電話番号	088-848-1234
診療科目	歯科、歯科□腔外科、障害者歯科

13. この契約に関する苦情・相談窓口

担当者	西岡 由江
電話番号	088-842-1921
受付時間	8:30~17:00 (土日、祝日、年末年始を除く)

当施設の部外者第三者委員として、苦情相談等を受けています。

第三者委員	大野 瑞穂	田中 きよむ
電話番号	090-1005-7323	090-7144-4394
受付時間	8:30~17:30(土日、祝日除く)	18:00~21:00

また、高知県社会福祉協議会に設置された「福祉サービス困りごと解決委員会」においても市町村や県と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	高知県社会福祉協議会 福祉サービス困りごと解決委員会		
電話番号	088-802-2611		
受付時間 月~金曜日 8:30~17:15 (土日・祝日・年末年始を			

印

高知ハビリテーリングセンターの利用に対して、契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(所在地) 高知県高知市春野町内ノ谷 63 番地 6

(名 称) 社会福祉法人 ファミーユ高知

高知ハビリテーリングセンター 相談支援事業所

(説明者) 印

私は契約書及び本書面により、これから利用する重要な事項について、事業者から 説明を受けました。

保護者

(住 所)

(氏 名)

児童

(住 所)

(氏名)

代理人

(住 所)

(氏名)