

恵那市こども発達センター・おひさま 「相談室」重要事項説明書

本重要事項説明書は、恵那市こども発達センター・おひさま「相談室」と相談支援契約を希望される方に、当事業所の概要や提供される相談支援の内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

1. 事業者

名称	社会福祉法人 恵那市社会福祉協議会
所在地	岐阜県恵那市大井町 727 番地 11
電話番号	0573-26-5221
代表者氏名	会長 宮地 政臣
設立年月日	平成16年10月25日

2. 事業所の概要

事業所の種類	児童福祉法に基づく指定障害児相談支援事業 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に基づく指定特定相談事業 指定年月日:平成27年4月1日 指定事業所番号:2171700079
事業の目的	・対象児の心身健やかな発達を促す為に必要な支援・相談を行う。 ・対象児や保護者の人格や意思を尊重した利用計画作成や相談を行う。 ・家庭環境等の把握を行い、適切な保険・医療・福祉・教育のサービスが総合的かつ効率的に受けられるように支援をする。
事業所の名称	恵那市こども発達センター・おひさま「相談室」
事業所の所在地	岐阜県恵那市山岡町上手向 584 番地 1
電話番号	0573-56-3620
管理者氏名	加藤 やよい
事業所の運営方針について	対象児の自立の促進、生活の質の向上等を図ることができるよう、対象児の発達の特性や生活環境等に応じて利用計画を作成します。 利用計画作成においては、対象児の発達、保護者の願い、環境、利用できるサービス等を顧慮して、対象児の実態や生活に沿った計画を作成します。 医療、福祉、保健、保育等の総合的なサービスの提供ができるように関係機関と連携をします。

3. 事業実施地域 恵那市全域

4. 対象児 身体及び知的障害がある児童等(18歳未満)
その他ことばや運動等の発達の遅れのある児童等

5. 営業日及び営業時間

営業日	毎週月曜日～金曜日(国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く)
営業時間	午前8時30分～午後5時15分
サービス提供日	毎週月曜日～金曜日(国民の祝日及び12月29日から1月3日を除く)
サービス提供時間	午前8時30分～午後5時15分

6. 職員の配置状況

当事業所では、対象児に対して指定計画相談支援サービスを提供する職員として、以下の職種の職員を配置しています。

<主な職員の配置状況>

職 種	常 勤
1. 管理者	1名(兼務)
2. 相談支援専門員	

<主な職種の勤務体制>

職 種	勤 務 体 制
相談支援専門員	勤務時間: 8:30~17:15

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

当事業所では対象児等に対して以下の内容のサービスを提供します。

<サービスの概要>

当該事業の目的達成に必要な情報提供を公正中立に行い、対象児等の意見の尊重を前提に、医療保険サービス並びに福祉サービス等の社会資源を最大限活用します。各事業所及び関係機関との連携をもとに、効果的な支援利用計画(以下「利用計画」という。)を作成し、対象児等の同意を得た後、計画の実現のための手続き及び連絡調整を行います。また、「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」等の関係法令に基づき、対象児等の人格を尊重し、その職務を遂行します。

利用計画作成後においても、厚生労働省令に基づいて恵那市等が定めるモニタリング期間ごとに訪問を行うことにより、対象児等の状況を確認し、計画事業の実施状況についても把握を行うものとし、必要に応じて利用計画の変更を行います。また通所給付決定に係る更新申請についても、円滑に更新ができるように必要な支援を行います。

- (1) サービスの提供方法等についての説明
- (2) アセスメント(支援する上で解決すべき課題等の把握)の実施
- (3) 利用計画案の作成
- (4) 通所給付決定を踏まえた利用計画の作成
- (5) モニタリング(利用計画の実施状況の把握)の実施
- (6) (1)から(5)に附帯するその他必要な支援、相談、助言

当事業所の利用料金は以下のとおりです。

<サービス利用料金(1月当り)>(契約書第5条、第6条参照)

- (1) 利用料金が法から給付される場合

法給付の対象となるサービス(契約書第5条、第6条参照)

以下のサービスについては、利用料金の全てが法から給付されます。

サービス利用料金 (相談支援給付費)	障害児支援利用援助費Ⅰ	1,620 単位/月
	障害児支援利用援助費Ⅱ(取扱件数 40 件以上の場合)	811 単位/月
	継続障害児支援利用援助費Ⅰ	1,318 単位/月
	継続障害児支援利用援助費Ⅱ(取扱件数 40 件以上の場合)	659 単位/月
	初回加算	300 単位/月
	入院時情報連携加算Ⅰ	200 単位/月
	入院時情報連携加算Ⅱ	100 単位/月
	退院・退所加算	200 単位/月
	医療・保育・教育機関等連携加算	100 単位/月
	サービス担当者会議実施加算	100 単位/月
	サービス提供時モニタリング加算	100 単位/月
	行動障害支援体制加算	35 単位/月
	特別地域加算	所定単位数の 15%を加算

(2) 利用料金の全額を契約者に負担いただく場合

○法の給付対象とならないサービス(契約書第5条参照)

契約者の過失等に起因して、事業者が法定代理受領できない場合は、契約者は事業者が定めるサービス利用料金の全額を事業者に対し、支払うものとします。

○通常の事業実施地域以外へのサービスの提供(契約書第5条の2参照)

恵那市以外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、お住まいと当事業所との間の交通費をいただく場合があります(※)

ア. 自動車利用の場合 25円/km

イ. 公共交通機関の場合 実費

(※)経済状況の著しい変化、その他やむを得ない事由がある場合、相当な額に変更することがあります。その場合事前に変更の内容と変更する事由について、変更を行う2ヶ月前までにご説明します。

(3) 利用料金のお支払方法(契約書第5条参照)

利用料金は、1ヶ月ごとに請求しますので、翌月末日までに事業者が発行する納付書によりお支払いください。

8. 緊急時及び事故発生時等における対応方法

指定計画相談支援の提供により事故が発生したときは、直ちに恵那市、利用者の家族等に連絡するとともに、必要な措置を講じるものとします。

9. 損害賠償責任(契約書第9条)

事業者の責任によりご契約者に生じた損害については、事業者は速やかにその損害を賠償いたします。守秘義務に違反した場合も同様とします。ただし、その損害の発生について、契約者に故意または過失が認められる場合には、対象児等の置かれた心身の状況を勘案して相当と認められる場合には、事業者の損害賠償責任を減じる場合があります。

10. 記録や情報の管理、開示

事業者は、対象児等に対する相談せ員サービスの実施について記録を作成し、その完結の日から5年間保管し、対象児等または代理人の請求に応じてこれを閲覧させ、または複写物を交付するものとします。

11. 個人情報の保護

事業所は、その業務上知り得た利用者等及びその家族の個人情報については、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号)その他関係法令等を遵守し、適正に取り扱うものとします。

12. 虐待防止

事業所は、対象児等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、必要な措置を講じるものとします。

13. 契約の解除(契約書第11条、第12条、第13条)

契約者は、契約期間中、契約を解除できます。ただし、契約者は契約終了を希望する7日前までに事業者に通知してください。その他、契約者は、事業者または相談支援専門員が次の事項に該当する行為を行った場合、契約を解除できます。

- ① 事業者もしくは相談支援専門員が正当な理由なく本契約に定める指定相談支援を実施しない場合

- ② 事業者もしくは相談支援専門員が守秘義務に違反した場合
- ③ 事業者もしくは相談支援専門員が故意又は過失により利用者等の身体・財産・信用等を傷つけ、又著しい不信行為、その他本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

14. 苦情の受付について(契約書第14条参照)

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○苦情受付窓口(担当者) 加藤 愛子 0573-26-5221

苦情解決責任者 小林 規男 0573-26-5221

受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時15分

(2) 第三者委員

当事業所では、地域にお住いの以下の方を第三者委員に選任し、地域住民の立場から本事業所のサービスに対するご意見などを頂いています。契約者は、本事業所への苦情やご意見は「第三者委員」に相談することもできます。

○第三者委員 古山 昭次 電話番号 0573-25-4489

鰻目 章 電話番号 0573-43-2786

(3) その他苦情受付機関

○恵那市役所 恵那市長島町正家1丁目1番地1

社会福祉課 障がい福祉係 0573-26-2111

○岐阜県国民健康保険団体連合会 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県福祉・農業会館内

介護・障害課苦情相談係 058-275-9826

○岐阜県運営適正化委員会 岐阜市下奈良2丁目2番1号 岐阜県社会福祉協議会内

058-278-5136

平成 年 月 日

障害児相談支援及び特定相談支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

恵那市こども発達センター・おひさま「相談室」 説明者氏名 _____ (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、障害児相談支援及び特定相談支援の提供開始に同意しました。

契 約 者 住 所 _____

氏 名 _____ (印)

保護者名 _____ (印)