指定特定相談支援及び指定障害児相談支援 重要事項説明書

当事業所は、利用者に対して障害者の日常生活および社会生活を総合的に支援するための法律（以下「障害者総合支援法」という。）及び児童福祉法に基づく、指定計画相談支援及び指定障害児相談支援サービス（以下「指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及び指定特定障害児相談支援事業に関する利用計画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	事業者について.....	2
2	事業所について.....	2
3	当事業所が提供するサービスの内容.....	3
4	当事業所が提供するサービスの利用者負担について.....	4
5	利用者の記録や情報の管理、開示について.....	4
6	苦情の受付について.....	5

宗像市相談支援事業所「のぞみ」

当事業所は、指定特定相談支援及び指定障害児相談支援事業所の指定を受けています。

指定特定相談支援 第 4030600102 号

指定障害児相談支援 第 4070600061 号

1 事業者について

事業者名称	社会福祉法人 宗像市社会福祉協議会
代表者氏名	会長 吉田 善仁
所在地 (連絡先)	福岡県宗像市久原180番地 0940-37-1300

2 事業所について

(1) 事業所の所在地等

事業所名称	宗像市相談支援事業所「のぞみ」
サービスの主たる対象者	障がい児(就学前の身体障がい児、知的障がい児及び精神障がい児(発達障がい児を含む))
宗像市指定事業所番号	指定特定相談支援 4030600102 指定障害児相談支援 4070600061
事業所所在地	福岡県宗像市久原180番地
連絡先 相談担当者名	0940-36-9239 (担当)
事業所の実施地域	宗像市
事業所が行う他の指定 障害福祉サービス	なし

(2) 事業の目的及び運営方針

事業の目的	指定相談支援等サービスの利用者及びその保護者(以下「利用者等」という。)に対し、適切かつ円滑な相談支援の提供を行います。
運営方針	<p>① 指定相談支援の提供に当たっては、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、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、利用者の選択に基づき、適切な障害福祉サービス等が、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。</p> <p>② 指定相談支援の実施に当たっては、関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービス機関と連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。</p> <p>③ 指定相談支援の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者の立場に立って、利用者に提供される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者等に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。</p>

(3) 事業所窓口の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとします。 ※土曜日と日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日から1月3日を除く。
営業時間	午前8時30分から午後5時

(4) 事業所の職員体制

職種	職務内容	人数
管理者	① 従業者及び業務の管理、利用の申し込みに係る調整を一元的に行います。 ② 従業者に対し、法令等の規定を遵守させるために必要な指揮命令を行います。	常勤 1人
相談支援 専門員	相談支援専門員は、利用者の福祉に関する各般の問題に係る相談に応じ、必要な情報の提供や助言を行う基本相談支援、障がい児支援利用計画、及び継続的なモニタリングに関する業務を行います。 また、地域移行支援・地域定着支援に従事する者への技術的指導及び助言を行う責任者としての業務を行います。	常勤 1人 以上

※1. 上記担当者の氏名は別添「担当者一覧表」を参照

3 提供する指定相談支援等サービスの内容

(1) 指定障害児相談支援

・利用者等の来所や居宅等を訪問して、利用者等の心身の状況、その置かれている環境等を把握した上で、福祉サービス等が、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して、障がい児支援利用計画を作成します。

【障がい児支援利用計画作成の流れ】

1	サービス内容等に関する情報提供	障がい児支援利用計画案の作成の開始にあたっては、利用者等のサービスの選択に資するよう、地域の指定障害児通所支援事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に提供します。
2	アセスメント	利用者の来所や居宅への訪問により、利用者等に面接し、利用者等の心身の状況、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、利用者等の希望する生活や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	障がい児支援利用計画案の作成	当該アセスメントにより把握された解決すべき課題等に対応するための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、利用者等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種類、内容、量、目標及び達成時期等を記載した障がい児支援利用計画案を作成します。
4	障がい児支援利用計画案の説明・交付	障がい児支援利用計画案に盛り込んだ福祉サービス等の内容について、利用者等に対して説明し、文書により同意を得ます。また、障がい児支援利用計画案を利用者等に交付します。
5	サービス担当者会議の開催	通所給付決定が行われた後に、指定障害児通所支援事業者との連絡調整を行うとともに、サービス担当者会議を開催し、障がい児支援利用計画の内容を説明し、指定障害児通所支援事業所の担当者から専門的な意見を求めます。
6	利用者等への説明	サービス担当者会議を踏まえた障がい児支援利用計画案の内容について、利用者等に対して説明し、文書により同意を求めます。
7	障がい児支援利用計画交付	完成した障がい児支援利用計画を利用者等、福祉サービス担当者に交付します。

(2) 指定継続障害児相談支援

モニタリング	障がい児支援利用計画作成後、利用者等や指定障害児通所支援事業者等と継続的に連絡をとり、障がい児支援利用計画の実施状況を把握します。 また、市が決定したモニタリング期間ごとに利用者等との面接を行い、必要に応じて障がい児支援利用計画の変更、指定障害児通所支援事業者等との連絡調整を行うとともに、新たな給付決定に係る申請の勧奨及び必要な援助を行います。 モニタリングに当たっては、利用者等に面接するほか、その結果を記録します。
障がい児支援利用計画の変更	利用者等が、障がい児支援利用計画の変更を希望した場合、又は事業所が障がい児支援利用計画の変更が必要と判断した場合は、事業所と利用者等双方の合意に基づき、障がい児支援利用計画を変更します。
入所施設等への紹介 又は地域生活への 移行に関する 情報提供の援助	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る場合又は利用者が指定障害児入所施設等への入所又は入院を希望する場合には、施設等への紹介等その他の便宜の提供を行います。

4 計画相談支援給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

上記サービスの利用に対しては、事業者が法律の規定に基づいて、市町村から計画相談等支援給付を受領する場合（法定代理受領）は、自己負担はありません。

なお、法定代理受領される金額は以下の表のとおりです。

(1) 障害児相談支援基本サービス単位数表（障害児支援利用援助費・継続障害児支援利用援助費）
（宗像市の一単位の単価は 10 円）

名称	説明		単位数	利用料（円）
障害児支援利用援助費	障害児通所支援の利用申請手続きにおいて、障害児の心身の状況や環境、障害児または保護者の意向などを踏まえて「障害児支援利用計画案」を作成し、利用が決定した際は、サービス事業者等との連絡調整、決定内容に基づく「障害児支援利用計画」の作成を行う費用	I	1,766/月	17,660/月
		II	815/月	8,150/月
継続障害児支援利用援助費	利用している障害児通所支援について、その内容が適切かどうか一定期間ごとにサービス等の利用状況の検証を行い、「障害児支援利用計画」の見直し（モニタリング）を行う費用	I	1,448/月	14,480/月
		II	662/月	6,620/月

(2) 加算単位数

下記に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

名称	説明	単位数	利用料（円）
初回加算 （障害児相談支援）	新規に障害児支援利用計画を作成した障害児支援対象保護者に対して、指定障害児支援利用援助を行った場合に算定	500/月	5,000/月
入院時情報連携加算	(I)入院時に病院等を訪問し、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供した場合に算定	300/月	3,000/月
	(II)(I)以外の方法により、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供した場合に算定	150/月	1,500/月

保育・教育等移行支援加算	(Ⅰ)保育所等の利用や就学、就職等に伴い保育所、特別支援学校等との引継に一定期間を要する利用者に対し、情報提供を文書により実施した場合に算定	300/月	3,000/月
	(Ⅱ)月に2回以上、利用者の居宅に訪問し面接を行った場合の算定	300/月	3,000/月
	(Ⅲ)他機関の主催する利用者の支援の検討等を行う会議に参加した場合	150/月	1,500/月
医療・保育・教育機関等連携加算	指定(継続)サービス利用支援を実施する月において次の①～③のいずれかの業務を行った場合に加算①福祉サービス等提供機関の職員等と面談又は会議を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、以下を行った場合。 Ⅰ 指定サービス利用支援 Ⅱ 指定継続サービス利用支援	300/月 (①-Ⅱ、②)	3,000/月
	②利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合	200/月 (①-Ⅰ)	2,000/月
	③福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合	150/月 (③)	1,500/月
退院・退所加算	退院・退所等をし、当該施設の職員と面談を行い、必要な情報の提供を受けた上でサービス等利用計画等を作成し、障害福祉サービス利用に関する調整を行った場合に算定	300/月	3,000/月
サービス提供時モニタリング加算	継続障害児支援利用援助の実施時又は、それ以外において、障害児通所支援事業所等を訪問し、その提供状況等を確認し、及び記録した場合に算定	100/月	1,000/月
サービス担当者会議実施加算	継続障害児支援利用援助の実施時において、サービス担当者会議を開催し、必要な検討等を行った場合に算定	100/月	1,000/月
集中支援加算	※指定(継続)サービス利用支援を実施する月以外の月において、次のいずれかの業務を行った場合に加算。 ・障害福祉サービス等の利用に関して、利用者等の求めに応じ、月に2回以上、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族に面接する場合 ・利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合 ・福祉サービス等提供機関からの求めに応じて、福祉サービス等提供機関に関して利用者に関する必要な情報を提供した場合	300/月	3,000/月
		150/月	1,500/月
要医療児者支援体制加算	イ 要医療児者支援体制加算(Ⅰ) ※医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表しており、かつ、当該相談支援専門員により、医療的ケア児者に対して現に指定計画相談支援を行っている場合に加算する。	60/月	600/月
	ロ 要医療児者支援体制加算(Ⅱ)	30/月	300/月

	※医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を事業所に配置した上で、その旨を公表している場合に加算する。 令和4年度福岡県医療ケアコーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を配置		
--	---	--	--

5 サービスの利用に関する留意事項

- ・サービス提供時は、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に十分に配慮します。
- ・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、お客様相談窓口等にご遠慮なくご相談ください。

6 利用者の記録や情報の管理、開示について

- ・当事業所では、関係法令及び宗像市個人情報保護条例に基づいて、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、指定特定相談支援及び指定障害児相談支援サービスを提供した日から5年間です。

また、当事業所における記録項目は下記のとおりです。

- ア 福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整に関する記録
- イ サービス等利用計画及び障害児支援利用計画
- ウ アセスメントの記録
- エ サービス担当者会議等の記録
- オ モニタリング結果の記録
- カ 関係機関からの情報提供に関する記録
- キ 契約書
- ク 重要事項説明書
- ケ 利用者からの苦情内容等の記録
- コ 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

受付時間	午前8時30分から午後5時
------	---------------

7 事故発生時の対応方法について

- ・指定相談支援等サービスの提供により事故が発生した場合は、都道府県、市町村、利用者の保護者に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

8 サービス内容に関する苦情等の受付

(1) 当事業所における苦情の受付窓口

解決責任者	宗像市社会福祉協議会事務局長
受付担当者	事業所 管理者
電話番号	0940-37-0711
受付日	月曜日から金曜日までとします。 ※土曜日と日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、12月29日から1月3日を除く
受付時間	午前8時30分から午後5時

※2. 上記担当者の氏名は別添「担当者一覧表」を参照

(2) 行政機関その他苦情受付機関

・当事業所以外に、お住まいの宗像市及び福岡県運営適正化委員会に相談・苦情窓口で苦情を伝えることができます。

相談・苦情窓口	電話番号
宗像市福祉課	電話番号 0940-36-3135 FAX番号 0940-36-5856 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:00
宗像市障害者生活支援センター	電話番号 0940-34-2411 FAX番号 0940-34-2422 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:00
福岡県運営適正化委員会	電話番号 092-915-3511 FAX番号 092-584-3354 受付日 火曜日～日曜日 受付時間 9:00～17:30

9 権利侵害行為(虐待)等の相談について

・事業所は、利用者からの権利侵害行為(虐待)に関する相談、通告等に対応する窓口を設置し、サービス内容に関する利用者の相談、通告等に対し、迅速かつ適切に対応します。

(1) 当事業所における権利侵害行為(虐待)等の受付窓口

解決責任者	事業所 管理者
相談窓口担当者	事業所 相談支援専門員
電話番号	0940-36-9239
受付日	月曜日から金曜日までとします。 ※土曜日と日曜日、国民の祝日に関する法律に規定する休日、 12月29日から1月3日を除く
受付時間	午前8時30分から午後5時

※3. 上記担当者の氏名は別添「担当者一覧表」を参照

(2) 行政機関その他苦情受付機関

・当事業所以外に、お住まいの宗像市及び福岡県運営適正化委員会に権利侵害行為(虐待)に関する相談や苦情を伝えることができます。

相談・苦情窓口	電話番号
宗像市福祉課	電話番号 0940-36-3135 FAX番号 0940-36-5856 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:00
宗像市障害者虐待防止センター (宗像市障害者生活支援センター)	電話番号 0940-34-2411 FAX番号 0940-34-2422 受付日 月曜日～金曜日 受付時間 8:30～17:00
福岡県運営適正化委員会	電話番号 092-915-3511 FAX番号 092-584-3354 受付日 火曜日～日曜日

	受付時間 9:00~17:30
--	-----------------

■ 苦情相談の解決は、相談窓口担当者と苦情受付担当者がまずは問題解決に努めるものとし、現場で解決できない問題は「社会福祉法人宗像市社会福祉協議会苦情解決に関する規程」に則して対処します。

- ① 事業所職員等に苦情があった場合は、直ちに担当者が本人または家族に連絡を取り、詳しい事情を聞くとともに担当の職員からも事情を確認します。
- ② 苦情内容については、担当者が必要に応じて宗像市に報告します。苦情解決責任者が必要と判断した場合は、第三者委員会を開催します。
- ③ 検討の結果等を踏まえて3日以内に具体的な対応をします（利用者に謝罪に行く、改善の取り組みの報告等）。
- ④ 「相談・苦情等に関する記録簿」に記録を保管し、再発防止と今後の改善に役立てます。

10 第三者評価の実施状況

実施状況	未実施
------	-----

サービス提供開始に係る同意書

令和 年 月 日

指定特定相談支援及び指定障害児相談支援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。

事業所 名 称 宗像市相談支援事業所「のぞみ」

事業所所在地 宗像市久原180番地

説 明 者 職 名 相談支援専門員

氏 名

私は、本書面に基づいて事業所から指定相談支援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	氏 名	
	生年月日	年 月 日

保護者	住 所	宗像市
	氏 名	
	続 柄	

個人情報 使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

1 使用する目的

事業所が、指定特定相談支援及び指定障害児相談支援サービスの提供にあたり、各サービスを円滑に実施するために行う、サービス担当者会議等において必要な場合に使用します。

2 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払って取り扱います。

事業所は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録に残します。

3 個人情報の内容

(1) 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等、事業者が相談支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報

(2) その他の情報

4 使用する期間

契約締結日から契約終了日までの間。

※ 「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

<利用者> 私は上記の内容に同意いたします。

住 所 宗像市

氏 名

<保護者> 私は上記の内容に同意いたします。

氏 名 続柄()

<事業者> 社会福祉法人 宗像市社会福祉協議会

住 所 福岡県宗像市久原180番地

代表者氏名 会 長 吉 田 善 仁 ⑩