

**指定障害児相談支援事業所 くすのき**  
**重要事項説明書**

本重要事項説明書は、当事業所とサービス利用契約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、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

当事業所では、利用者に対して指定障害児相談支援サービスを提供します。当サービスの利用は、原則として指定相談支援の支給決定を受けた方が対象となります。利用者がその有する能力及び適正に応じ、自立した日常生活又は社会生活を営む事ができるよう、保健、医療、福祉、就労支援、教育等の関係機関との緊密な連携を図りつつ、指定計画相談支援を当該利用者の意向、適正、障害の特性、その他の事情に応じ適切かつ効果的に行うものとします。

∞ 目 次 ∞

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 通常の事業実施地域及び営業日	2
4. 職員の体制	2
5. 事業所が提供する事業内容と利用料金	3～4
6. 留意事項	4
7. 虐待の防止に関する措置	4～5
8. 業務継続計画	5
9. 記録について	5
10. 損害賠償保険への加入	5
11. 苦情等の受付について	6

社会福祉法人 聖隷福祉事業団  
指定障害児相談支援事業所  
くすのき  
当施設は障害児相談支援事業の指定を受けています  
(浜松市指定 第 2277210031 号)

## 1 事業者

事業者の名称	社会福祉法人 聖隷福祉事業団
法人所在地	静岡県浜松市中央区元城町 218 番地 26
代表者氏名	理事長 青木 善治
法人の設立年月日	昭和 27 年 5 月 1 日
電話番号・FAX 番号	電話 053-413-3300 FAX 053-413-3314

## 2 事業所の概要

事業所の種類	指定障害児相談支援事業所 平成 27 年 4 月 1 日指定 浜松市第 2277210031 号
事業所の名称	指定障害児相談支援事業所 くすのき
事業所の所在地	静岡県浜松市中央区和合町 555 番地
電話番号・FAX 番号	電話 053-478-0802 FAX 053-475-5562
管理者氏名	田中 歩美
運営の基本方針 及び目的	利用者個人の尊厳を重視し、利用者が自立した生活を営むことができるよう支援します。
開設年月日	平成 27 年 4 月 1 日
事業所が行っている 他の業務	指定特定相談支援

## 3 通常の事業実施地域及び営業日

事業実施地域	中央区（相生町、葵西、葵東、浅田町、旭町、小豆餅、有玉北町、有玉台、有玉西町、有玉南町、池町、伊左地町、泉、泉町、板屋町、市野町、入野町、植松町、瓜内町、海老塚、海老塚町、大蒲町、大久保町、大人見町、大平台、尾張町、恩地町、鍛冶町、春日町、上浅田、上新屋町、神ヶ谷町、上島、神田町、上西町、神原町、鴨江、鴨江町、北田町、北寺島町、木戸町、元目町、小池町、神立町、紺屋町、湖東町、子安町、幸、栄町、肴町、佐藤、佐鳴台、参野町、塩町、三和町、鹿谷町、蜷塚、十軒町、志都呂、志都呂町、篠原町、四本松町、下池川町、将監町、城北、新津町、神明町、菅原町、助信町、頭陀寺町、砂山町、住吉、西伝寺町、西都台町、早出町、増楽町、大工町、高丘北、高丘西、高丘東、高塚町、高林、高町、田町、千歳町、中央、都盛町、寺島町、天神町、天王町、伝馬町、利町、常盤町、富塚町、富吉町、中沢町、中島、中島町、中田町、中山町、茄子町、名塚町、平田町、成子町、西浅田、西伊場町、西鴨江町、西塚町、西山町、布橋、野口町、菘丘、旅籠町、八幡町、早馬町、原島町、東伊場、東田町、東若林町、曳馬、曳馬町、広沢、船越町、文丘町、芳川町、細島町、本郷町、松城町、丸塚
--------	---

	町、三組町、三島町、南浅田、南伊場町、宮竹町、向宿、元魚町、元城町、元浜町、森田町、山下町、山手町、楊子町、龍禅寺町、領家、連尺町、若林町、和合北、和合町、渡瀬町、和田町、和地山)
営業日	月～金（祝祭日、12月29日～1月3日及び国民の休日を除く）
受付時間	月～金 8時30分～17時
サービス提供時間帯	月～金 8時30分～17時

#### 4 職員の配置状況

職種	職員配置	常勤・非常勤	指定基準
管理者	1名	常勤（兼務）	1名
相談支援専門員	4名以上	常勤	4名

※当事業所では、利用者に対して指定障害児相談支援サービスを提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。

##### (1) 管理者 1名（常勤職員）

管理者は、従業員の管理、指定障害児相談支援の利用の申込に係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行うとともに、事業の実施に関し、法令等において規定されている事項について、事業所の従業者に対し遵守させるために必要な指揮命令を行います。

##### (2) 相談支援専門員 1名以上（日勤帯での勤務）

（所持資格：介護福祉士、介護支援専門員等）

相談支援専門員は、地域の利用者からの日常生活全般に関する相談、サービス等利用計画の作成に関する業務を行います。

#### 5 事業所が提供する事業内容と利用料金

##### (1) 指定障害児相談支援事業の内容（契約書第3条～第6条参照）

事業所で行う指定障害児相談支援事業の内容及び提供方法は、次のとおりとします。

(1) 事業所は、指定障害児福祉サービス等の利用を希望する者から指定障害児相談支援の利用の申込みを受けたときは、当該利用申込者の障害の特性に応じた適切な配慮をしつつ、運営規程の概要、従業員の勤務体制、その他利用申込者のサービスの選択に資すると認められる重要事項を記した文書を交付して説明を行い、当該指定障害児相談支援の提供の開始について利用申込者の同意を得た上で支援を実施します。

(2) 事業所の相談支援専門員は、障害児利用支援計画またはサービス等利用計画（以下「利用計画等」という。）の作成に当たっては、利用者宅への訪問による面接を行い、適切にアセスメントを行います。

(3) 相談支援専門員は、利用者についてのアセスメントに基づき、当該地域における福祉サービス等の提供体制を勘案し、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合せについて検討を行い、以下の事項を記載した障害児利用支援計画案またはサービス等利用計画案（以下「利用計画案等」という。）を作成します。

- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
  - ② 総合的な援助の方針
  - ③ 生活全般の解決すべき課題
  - ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
  - ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
  - ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
  - ⑦ 継続サービス支援期間に係る提案
- (4) 相談支援専門員は、利用計画案等を作成した際には、当該利用計画案等の内容について、利用者に対して説明し同意を得た上で、当該利用計画案等を利用者に交付します。
- (5) 相談支援専門員は、支給決定が行われた後に、指定障害児福祉サービス事業者等との連絡調整を行うとともに、利用計画案等の原案（支給決定内容を踏まえて変更を行ったサービス等利用計画案をいう。）に位置づけた福祉サービス事業等の担当者（以下「担当者」という。）を招集して行うサービス担当者会議の開催等により、専門的な見地からの意見を踏まえた上で、利用計画等を作成します。
- (6) 利用計画等には、以下の事項を記載するものとします。
- ① 利用者及びその家族の生活に対する意向
  - ② 総合的な援助の方針
  - ③ 生活全般の解決すべき課題
  - ④ 提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期
  - ⑤ 福祉サービス等の種類、内容、量
  - ⑥ 福祉サービス等を提供する上での留意事項
  - ⑦ 継続サービス支援期間に係る提案
  - ⑧ 福祉サービス等の利用料
  - ⑨ 福祉サービス等の担当者
- (7) 相談支援専門員は、前項の利用計画等を作成した際には、当該利用計画等の内容について、利用者に対して説明し同意を得た上で、当該利用計画等を利用者及び担当者に交付します。
- (8) 相談支援専門員は、サービス等利用計画の作成後、サービス等利用計画の実施状況の把握（以下「継続障害児支援」という。）を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更、福祉サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。
- (9) 相談支援専門員は、継続障害児支援に当たっては、利用者及びその家族、福祉サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、支給決定時に市町村が定めた継続障害児支援期間ごとに、利用者の居宅等を訪問し、面接を行うほか、その結果を記録します。

## (2) 利用料金（契約書第7条参照）

### サービス利用料金表 別紙①参照

#### 利用料金のお支払い方法

別紙①サービス利用料金表 1) 2) の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月末日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。(1か月に満た

ない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

ア. 金融機関口座からの自動引き落とし

(事前に指定口座の申し込みをしていただきます。)

イ. 下記指定口座への振り込み

遠州信用金庫・本店 普通預金 1107633

(口座名) 社会福祉法人 聖隷福祉事業団

和合せいれいの里 理事長 青木 善治

ウ. 事務所窓口での現金支払い(特別な理由がある場合のみ、対応いたします。)

## 6 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が交替する場合は、あらかじめ利用者に説明するとともに、利用者およ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配慮します。

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、苦情受付窓口等に遠慮なくご相談下さい。

## 7 虐待の防止に関する措置(契約書第9条第5項参照)

事業者は、障害者等の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する指針の策定
- (2) 虐待の防止に関する責任者の選定
- (3) 成年後見制度の利用支援
- (4) 苦情解決体制の整備
- (5) 虐待の防止を啓発・普及するための従業員に対する研修の実施
- (6) 虐待防止のための対策を検討する委員会の設置

## 8 業務継続計画(契約書第9条第1項参照)

当事業所は、地震や風水害などの災害時や新型コロナウイルス等の感染症蔓延といった、やむを得ない事由によりサービスの提供に困難が生じた場合において、利用者に対する相談支援の提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じる。どうしても業務継続が困難な場合は利用者に速やかに状況を説明し、利用者が不利益を被らないよう最善の方法により他のサービス提供先等を紹介し、その支援継続に努め、常に誠心誠意対応にあたります。

## 9 利用者の記録や情報の管理、開示について(契約書第9条第6項参照)

当事業所は、関係法令(及び聖隷福祉事業団個人情報保護規定)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)

※ 当事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) サービス等利用計画

- (2) アセスメントの記録
- (3) 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
- (4) サービス担当者会議等の記録
- (5) 継続サービス支援結果の記録
- (6) 利用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づけられた市町村への通知事項
- (7) 利用者からの苦情の内容等の記録
- (8) 事故の状況および事故に際しての対応の記録

☆閲覧・複写ができる窓口業務時間 8:30 ~ 17:00 (土、日、祝祭日等は除く)

## 10 損害賠償保険への加入 (契約書第 10 条参照)

保険会社名 あいおい損害保険株式会社  
 保険代理店名 株式会社トップエージェンシー  
 保険名 介護保険・社会福祉事業者総合保険

## 11 苦情等の受付について (契約書第 15 条参照)

### (1) 当施設における苦情の受付

苦情受付窓口	担当者名：和合せいれいの里 田中 歩美 受付方法：面接及び電話 (053-478-0802) ファックス番号 (053-475-5562) 苦情受付箱 (玄関に設置)
第三者委員	希望される場合は、第三者委員を交えて話し合いができます。第三者委員は、利用者と当事業所の間にはいって、問題を公平、中立な立場で円滑、円満に解決するために設けられた制度です。この委員は下記の外部の方に委嘱しています。 和久田 進 氏 053-474-2838 池谷 守司 氏 053-472-3312
苦情解決責任者	宮崎 弘光 (施設長)

### (2) その他苦情受付機関

静岡県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地：静岡市葵区駿府町 1-70 静岡県総合社会福祉会館内 電話/FAX：054-653-0840
--------------------------	--

浜松市役所障害保健福祉課	所在地：浜松市中央区元城町 103-2 電話：053-457-2860 FAX：053-457-2630
--------------	---

平成 27 年 4 月 1 日 施行	平成 30 年 4 月 1 日 改訂	2021 年 3 月 1 日 改訂
平成 27 年 11 月 1 日 改訂	平成 30 年 9 月 1 日 改訂	2021 年 4 月 1 日 改訂
平成 28 年 4 月 1 日 改訂	平成 31 年 4 月 1 日 改訂	2024 年 1 月 1 日 改訂
平成 28 年 10 月 1 日 改訂	2019 年 5 月 1 日 改訂	2024 年 4 月 1 日 改訂
平成 29 年 4 月 1 日 改訂	2019 年 10 月 1 日 改訂	2025 年 4 月 1 日 改訂
2026 年 4 月 1 日 改訂		

指定障害児相談支援の提供および利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業所名 社会福祉法人 聖隷福祉事業団 指定障害児相談支援事業所 くすのき

説明者 \_\_\_\_\_ (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、指定障害児相談支援の提供および利用の開始に同意しました。

年 月 日

利用者住所 \_\_\_\_\_

利用者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

上記代筆者 \_\_\_\_\_ (利用者との続柄： \_\_\_\_\_)

身元引受人（ご家族）氏名 \_\_\_\_\_ (印)