

障害者相談支援センター山楽園

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定地域相談支援サービスに関する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条及び第77条の規定並びに「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地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」第5条の規定に基づき、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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者の概要	3
2. 事業所の概要	4
3. 事業所の職員体制	5
4. 職員の職務内容	5
5. 事業所の営業日及び営業時間	5
6. 通常の事業の実施地域	6
7. 主たる対象者	6
8. 指定地域移行支援の提供方法及び内容	6
9. 指定地域定着支援の提供方法及び内容	7
10. 利用料金	8
11. 利用料金の支払い方法	8
12. 事故発生時の対応	8
13. 苦情を受け付けるための窓口	9
14. 虐待の防止のための措置	11
15. サービス提供の記録	11
16. 福祉サービス第三者評価	12

社会福祉法人 仁寿会

(指定地域相談支援事業所)

当事業所は県の指定を受けています。

(第 3231400049 号)

- この説明書は、平成20年12月20日から適用する。
- この説明書は、平成23年3月19日に一部改正し、平成23年4月1日より適用する。
- この説明書は、平成24年3月24日に一部改正し、平成24年4月1日より適用する。
- この説明書は、平成24年8月25日に全部改正し、平成24年10月1日より適用する。
- この説明書は、平成25年3月16日に一部改正し、平成25年4月1日より適用する。
- この説明書は、平成30年12月22日に一部改正し、平成30年12月23日より適用する。

障害者相談支援センター 山楽園 重要事項説明書

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び第77条の規定並びに「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定地域相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」第5条の規定に基づき、本事業所の概要や提供するサービスの内容その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項をサービス利用希望者に対して説明するものです。

1. 事業者の概要

法人の名称	社会福祉法人 仁寿会
法人の所在地	島根県雲南市掛合町松笠 2154 番地 1
法人の電話番号	0854-62-1500
法人のFAX番号	0854-62-1501
法人のE-mail	jinju@orange.ocn.ne.jp
法人の代表者	理事長 【 】
法人の設立年月日	昭和58年10月12日
法人の沿革・特色	別紙のとおりです
法人の目的と主な事業	<p>本法人は、障害者の意向を尊重し、多様なサービスを総合的に提供できるよう創意工夫することにより、障害者が自立した生活を地域社会において営むことができるよう支援することを目的として活動しております。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害者支援施設の経営 障害者支援施設 山楽園：平成24年4月1日 島根県指定 ・ 障害福祉サービス事業の経営 就労継続支援事業所山光園：平成23年4月1日 島根県指定 共同生活援助事業所GHヴィオラ：平成24年4月1日 島根県指定 共同生活介護事業所ケアホーム山楽園：平成23年3月1日 島根県指定 ・ 相談支援事業所の経営 障害者相談支援事業所 山楽園（特定相談支援、障害児相談支援）： 平成24年4月1日 島根県雲南市指定 障害者相談支援センター 山楽園：平成24年10月1日 島根県指定 ・ 公益を目的とする事業 雲南市障害者地域活動支援センターの受託経営 雲南市障害者日中一時支援事業の受託経営

2. 事業所の概要

事業所の名称	障害者相談支援センター 山楽園
事業所の所在地	島根県雲南市掛合町松笠 2154 番地 1
事業所の電話番号	0 8 5 4 - 6 2 - 1 5 0 0
事業所の F A X 番号	0 8 5 4 - 6 2 - 1 5 0 1
事業所の E - m a i l	jinju@orange.ocn.ne.jp
事業所の開設年月日	平成 2 4 年 1 0 月 1 日
事業の目的・運営方針	<p>1. 利用者が地域において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、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、指定地域相談支援を利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、適切かつ効果的に行うよう努めます。</p> <p>2. 利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立った指定地域相談支援の提供に努めます。</p> <p>3. 自らその提供する指定地域相談支援の評価を行い、常にその改善を図ります。</p> <p>4. 関係法令等を遵守します。</p>
事業の実施状況	<p>基本相談支援</p> <p>平成【 】年度実績 相談受付件数 【 】件</p> <p>平成【 】年度実績 相談受付件数 【 】件</p> <p>指定地域移行支援</p> <p>平成【 】年度実績 契約件数 【 】件</p> <p>平成【 】年度実績 契約件数 【 】件</p> <p>指定地域移行支援</p> <p>平成【 】年度実績 契約件数 【 】件</p> <p>平成【 】年度実績 契約件数 【 】件</p>

3. 事業所の職員体制

職種	人数	勤務形態	資格	経験年数
管理者	1人	常勤・兼務	社会福祉施設長資格	28年
相談支援専門員	1人	常勤・兼務		28年
地域移行支援・地域定着支援を担当する者	1人	常勤・専従		7年

4. 職員の職務内容

職種	職務内容
管理者	従業者の管理、指定地域相談支援の利用の申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他の管理を一元的に行います。また、従業者に関係法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。
相談支援専門員	その他の従業者に対する技術的指導及び助言を行います。また、自らも基本相談支援、指定地域移行支援、指定地域定着支援の業務を行います。
地域移行支援・地域定着支援を担当する者	<p>【基本相談支援】 障害者等からの相談に応じ、情報の提供等を行い、市町村や障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行います。</p> <p>【指定地域移行支援】 障害者支援施設や精神科病院等にいる障害者が、地域における生活に移行するための活動に関する相談その他の支援を行います。</p> <p>【指定地域定着支援】 居宅において単身で生活する障害者等との常時の連絡体制を確保し、緊急の事態への対処等を行います。</p>

5. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日までとなります。ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時までとなります。
その他	上記の営業日、営業時間のほか、利用者の1人暮らしに向けた体験的な宿泊や緊急の事態への対処等を行うため、利用者との常時の連絡体制を確保して対応します。

6. 通常の事業の実施地域

雲南市及び雲南市に隣接する市町村の地域

7. 主たる対象者

- ・知的障害者
- ・障害児（知的障害のある児童）

8. 指定地域移行支援の提供方法及び内容

(1) 地域移行支援計画を作成します。

【計画作成までの流れ】

利用者に面接して、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認します。その上で、利用者の希望する生活や課題等の把握を行い、利用者が自立した日常生活を営むことができるよう、適切な支援内容を検討します。

支援内容の検討結果を基に、利用者及びその家族の生活に対する意向、総合的な支援の方針、生活全般の質を向上させるための課題、地域移行支援の目標及びその達成時期等を記載した地域移行支援計画の原案を作成します。

障害者支援施設や精神科病院等における担当者等を招集して地域移行支援計画の作成に係る会議を開催し、地域移行支援計画の原案の内容について意見を求めます。

地域移行支援計画の原案の内容について利用者又はその家族に対して説明し、文書により利用者の同意を得た上で、地域移行支援計画を利用者に交付します。

(2) 地域移行支援計画を基に、次のサービスを提供します。

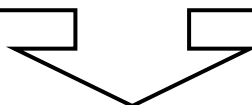
相談及び援助	利用者に面接し、利用者の心身の状況等を確認した上で、利用者が地域における生活に移行するための活動に関する相談に適切に応じるとともに、障害者支援施設や精神科病院からの外出に同行し、必要な支援を行います。 ※面接又は同行による支援は、概ね1週間に1回行うものとし、少なくとも、1ヶ月に2回行います。
障害福祉サービス事業の体験的な利用	利用者の心身の状況等に応じて、地域における生活に移行するための障害福祉サービス（生活介護、自立訓練、就労移行支援又は就労継続支援）の体験的な利用を行います。
1人暮らしに向けた体験的な宿泊	利用者の心身の状況等に応じて、利用者との常時の連絡体制を確保しつつ、地域における生活に移行するための単身での生活に向けた体験的な宿泊を行います。

9. 指定地域定着支援の提供方法及び内容

(1) 地域定着支援台帳を作成します。

【台帳作成までの流れ】

利用者に面接して、利用者の心身の状況、その置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認します。その上で、利用者が地域において日常生活を営む上での課題等の把握を行い、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支援を適切に行えるよう備えます。



支援内容の検討結果を基に、利用者の心身の状況、その置かれている環境、緊急時において必要となる家族、利用者が利用する指定障害福祉サービス事業者等、医療機関等の関係機関の連絡先その他の利用者に関する情報を記載した地域定着支援の台帳を作成します。

(2) 地域定着支援台帳を基に、次のサービスを提供します。

常時の連絡体制の確保等	利用者の心身の状況及び障害の特性等に応じ、適切な方法により、利用者との常時の連絡体制を確保します。また、利用者の居宅への訪問等を行い、利用者の状況を把握します。
緊急の事態への対処等	緊急の事態が生じた場合には、速やかに利用者の居宅への訪問等による状況把握を行い、利用者の家族、利用者の利用する障害福祉サービス事業者等その他の関係機関との連絡調整、緊急の場合における一時的な滞在による支援等の措置を講じます。

10. 利用料金

地域相談支援利用料	厚生労働大臣が定める基準額を支給決定市町村より代理受領します。なお、代理受領した利用料の額については、利用者へ通知します。
交通費	利用者の希望により、通常の事業の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定地域相談支援を提供した際には、その実費をいただきます。 <ul style="list-style-type: none"> ●公共交通機関を利用した場合・・・公共交通機関の定める運賃 ●事業者の自動車を使用した場合・・・移動距離 (km) × 25円
その他の費用	利用者の事情により必要となる嗜好品等の実費をご負担いただくことがあります。その際は、別途、前もって説明を行い、利用者の同意をいただきます。

11. 利用料金の支払方法

交通費及びその他の費用の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、所定の期日までに現金又は振込でお支払いください。

12. 事故発生時の対応

利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講じるほか、下記のご家族等へ速やかにご連絡いたします。また、利用者に対する指定地域相談支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害賠償を速やかに行います。

【主治医】

医療機関名	【 】
所在地	【 】
電話番号	【 】
主治医氏名	【 】

【緊急連絡先】

氏名	【 】
住所	【 】
電話番号	【 】
続柄	【 】

【本事業所が加入する損害賠償保険の内容】

保険会社名	株式会社 日社済事務センター
保険名	施設総合賠償 事業者賠償責任保険
補償の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・施設賠償 ・施設内什器備品補償

13. 苦情を受け付けるための窓口

【本事業所の苦情窓口】

窓口担当者	相談支援専門員 【 】
苦情解決責任者	管理者 【 】
受付日	月曜日から金曜日までとなります。ただし、国民の祝日、12月29日から1月3日までを除きます。
受付時間	午前8時30分から午後5時までとなります。
電話番号	0854-62-1500
FAX番号	0854-62-1501
E-mail	jinju@orange.ocn.ne.jp

※苦情受付ボックスを事業所内に設置しています。

【第三者委員】

職氏名	【 】
電話番号	【 】－【 】－【 】
職氏名	【 】
電話番号	【 】－【 】－【 】
職氏名	【 】
電話番号	【 】－【 】－【 】

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は島根県社会福祉協議会に設置された運営適正化委員会に申し立てることができます。

【雲南市 健康福祉部 長寿障害福祉課】

所在地	島根県雲南市木次町木次 1013 番地 1
受付日	土、日、国民の祝日を除く日
受付時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
電話番号	0 8 5 4－4 0－1 0 4 2
F A X 番号	0 8 5 4－4 0－1 0 4 9
E－m a i l	【 】

【奥出雲町 健康福祉課】

所在地	島根県仁多郡奥出雲町三成 358 番地 1
受付日	土、日、国民の祝日を除く日
受付時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで
電話番号	0 8 5 4－5 4－2 7 8 1
F A X 番号	0 8 5 4－5 4－1 2 2 9
E－m a i l	【 】

【飯南町 保健福祉課】

所在地	島根県飯石郡飯南町下赤名 890 番地
受付日	土、日、国民の祝日を除く日
受付時間	午前 8 時 30 分から午後 5 時 15 分まで

16. 福祉サービス第三者評価

実施の有無		実施年月日	
評価機関		評価結果の開示状況	

※第三者評価は、福祉サービスを提供する事業者のサービスの質について、第三者機関が客観的かつ専門的な立場から評価する。

平成【 】年【 】月【 】日

指定地域相談支援の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

事業者

(所在地) 島根県雲南市掛合町松笠 2154 番地 1
(名称) 社会福祉法人 仁寿会
(代表者) 理事長 【 】 印

管理者

(事業所) 障害者相談支援センター
(職氏名) 管理者 【 】 印

説明者

(職氏名) 【 】 【 】 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定地域相談支援の提供にあたり、重要な事項の説明を受け、同意しました。

利用者

(住所) 【 】
(氏名) 【 】 印

法定代理人又は身元引受人

(住所) 【 】
(氏名) 【 】 印
(利用者との続き柄) 【 】