

指定特定相談支援・指定障害児相談支援事業所
療育・障害者相談センターボイス

重要事項説明書

この重要事項説明書は、当施設と利用契約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. 事業者の概要

法人の名称	社会福祉法人楽晴会
法人の所在地	青森県三沢市大町2丁目6番27号
法人の電話番号	0176-53-3550
法人のFAX番号	0176-53-2480
法人のE-mail	wmaster@rakuseikai.or.jp
法人の代表者	理事長 齊藤 淳
法人の設立年月日	昭和42年5月5日
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するように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">・療育・障害者相談センターボイスの経営 相談支援事業所：平成22年4月1日青森県指定 現名称に変更：平成24年4月1日 (旧名称 障害者就労トライアルセンターボイス) 指定地域移行支援：平成25年4月1日青森県指定 指定地域定着支援：平成25年4月1日青森県指定 指定特定相談支援：平成24年12月6日三沢市指定 指定障害児相談支援：平成24年12月6日三沢市指定・地域活動支援センターI型の受託経営（三沢市、おいらせ町）・障害支援区分認定調査の受託・三沢市障がい者地域生活コーディネート事業：令和2年4月1日受託・三沢市基幹相談支援センター：令和3年4月1日受託・三沢市障がい者虐待防止センターの部分受託（基幹委託）

2. 事業所の概要

事業所の名称	療育・障害者相談センターボイス
事業所の所在地	青森県三沢市大字三沢字堀口164-1
事業所の電話番号	0176-53-2241
事業所のFAX番号	0176-53-2240
事業所のE-mail	art-square-misawa@rakuseikai.or.jp
事業所の開設年月日	平成22年4月1日
事業の目的・運営方針	<p>1. 指定特定相談支援及び指定障害児相談支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、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に配慮するとともに、利用者又は障害児の保護者の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス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. 指定特定相談支援及び指定障害児相談支援は、利用者に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。</p> <p>3. 市町村及び多様な事業者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めるとともに、自らその提供する指定特定相談支援及び指定障害児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>

3. 事業所の職員体制

職種	人数	勤務形態	資格
管理者	1人	常勤・兼務	介護福祉士、社会福祉主事
相談支援専門員	1人以上	常勤・専従 常勤・兼務	社会福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、 介護福祉士、社会福祉主事

4. 職員の職務内容

職種	職務内容
管理者	<p>従業者の管理、指定特定相談支援及び指定障害児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。</p>
相談支援専門員	<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>【サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成】障害福祉サービス等の支給決定等の申請に係るサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の原案を作成します。また、支給決定等が行われた後に、関係者との連絡調整を行い、サービス等利用計画又は障害児支援利用計画の作成を行います。</p> <p>【モニタリング】支給決定等の有効期間内において、利用者が継続して障害福祉サービス等を適切に利用することができるよう、サービス等利用計画又は障害児支援利用計画が適切であるかどうかにつき、見直しを行います。また、見直しの結果に基づき、サービス等利用計画又は障害児支援利用計画を変更するとともに、関係者との連絡調整又は新たな支給決定等に係る申請の勧奨を行います。</p>

5. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	<p>月曜日から金曜日までとなります。ただし、国民の祝日、年末年始は除きます。</p>
営業時間	<p>午前8時30分から午後5時30分までとなります。 夜間連絡体制を確保しており必要に応じて利用者の相談に応じます。</p>

6. 事業の実施地域

<p>三沢市、上北郡（おいらせ町、六戸町）。その他、住所地は事業の実施地域以外であるが利用事業所が事業の実施地域内である等、管理者が必要と認めた場合。</p>

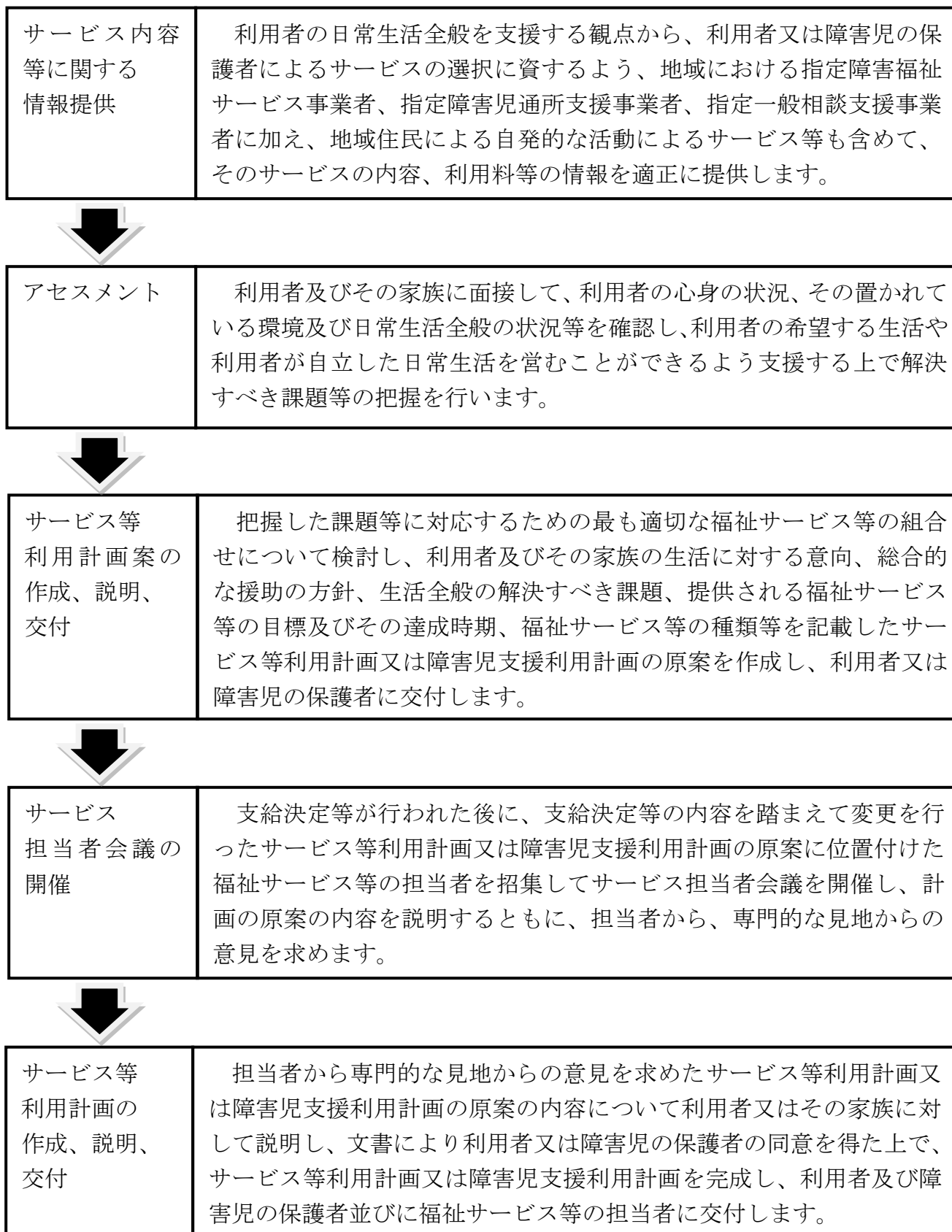
7. 主たる対象者

<ul style="list-style-type: none"> ・身体障害者（肢体不自由・視覚・聴覚言語・内部障害）・知的障害者・精神障害者 ・障害児（身体に障害のある児童、知的障害のある児童、精神に障害のある児童） ・難病等対象者
--

8. 指定特定相談支援及び指定障害児相談支援の提供方法及び内容

(1) サービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成します。

【計画作成までの流れ】



(2) サービス等利用計画・障害児支援利用計画のモニタリングを実施します。

計画の実施状況の把握及び計画の変更等	利用者及びその家族、福祉サービス等の事業者との連絡を継続的に行いつつ、作成したサービス等利用計画又は障害児支援利用計画の実施状況を把握し、必要に応じて計画の変更、関係者との調整を行います。また、新たな支給決定等が必要であると認められる場合には、利用者又は障害児の保護者に対し、支給決定等に係る申請の勧奨を行います。
入所施設等への紹介又は地域生活への移行に係る情報提供	利用者がその居宅において日常生活を営むことが困難となった場合又は利用者が指定障害者支援施設、指定障害児入所施設若しくは精神科病院への入所又は入院を希望する場合は、入所施設等への紹介を行います。また、入所施設等から退所又は退院しようとする利用者又はその家族か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援助します。

9. 利用料金

(1) 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別紙にてご確認ください。

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特定相談支援又は指定障害児相談支援を提供した際には、その実費をいただく場合があります。 ●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) × 20 円
-----	---

10. 利用料金の支払方法

交通費の支払いは、1ヶ月ごとに計算し、翌月15日までに請求しますので、所定の期日までに自動引落又は振込、現金でお支払いください。

(定期的に料金の支払いが発生する場合は自動引落手続きを基本とさせていただきます)

11. 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特定相談支援又は指定障害児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】①

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

【緊急連絡先】②

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	損害保険ジャパン株式会社
保険名	社会福祉施設総合福祉損害賠償

12. 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	主任相談支援専門員 小泉 美智子
苦情解決責任者	管理者 吉田 博之
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前9時から午後5時までとなります。
電話番号	0176-53-2241
FAX番号	0176-53-2240
E-mail	art-square-misawa@rakuseikai.or.jp

本事業所では解決できない苦情や虐待等の相談は、行政機関又は青森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。

【楽晴会苦情解決第三者委員】

窓口	法人本部
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前9時から午後5時までとなります。
電話番号	0176-53-3550

【三沢市健康福祉部障がい福祉課】

所在地	三沢市幸町3丁目11番地5号
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前8時15分から午後5時00分までとなります。
電話番号	0176-51-8772
FAX番号	0176-53-2266

【おいらせ町介護福祉課障がい福祉係】

所在地	上北郡おいらせ町中下田135-2
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前8時15分から午後5時00分までとなります。
電話番号	0178-56-4705
FAX番号	0178-56-2324

【六戸町福祉課】

所在地	上北郡六戸町大字犬落瀬字前谷地60
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前8時15分から午後5時00分までとなります。
電話番号	0176-55-4597
FAX番号	0176-55-3031

【青森県福祉サービス運営適正化委員会】

所在地	青森市中央町3丁目20番30号（県民福祉プラザ内）
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、年末年始は除きます。
受付時間	午前9時から午後5時までとなります。
電話番号	017-731-3039
FAX番号	017-731-3098

13. 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者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、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定 【虐待防止責任者】 管理者 吉田 博之
- (2) 成年後見制度の利用支援
- (3) 苦情解決体制の整備
- (4) 従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修の実施

14. サービスの提供の記録、個人情報の取り扱い

- ・ 社会福祉士等の専門職養成のため、実習生の受け入れをしております、その際は個人情報の開示と、利用者との交流や、職員指導による一部サービスの提供をすることがあります。
- ・ 本事業所では、指定特定相談支援及び指定障害児相談支援の提供に関する記録を整備し、サービス提供日から5年間保存しております。また、利用者及び障害児の保護者が他の指定特定相談支援事業所の利用を希望する場合その他利用者からの申出があった場合には、直近のサービス等利用計画又は障害児支援利用計画及びその実施状況に関する書類を交付します。

【本事業所にて保存している記録】

- ・ 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
- ・ 個々の利用者ごとに次の事項を記載した相談支援台帳
 - サービス等利用計画案及びサービス等利用計画
 - 障害児支援利用計画案及び障害児支援利用計画
 - アセスメントの記録
 - サービス担当者会議等の記録
 - モニタリングの結果の記録
- ・ 利用者に関する市町村への通知に係る記録
- ・ 利用者からの苦情の内容等の記録
- ・ 事故の状況及び事故に際して採った処置についての記録

15. 契約の期間

(1) 本契約の有効期間は、契約締結から契約者のサービス利用計画作成費の支給期間とします。契約満了日までに、利用者から事業所に対して、契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

(2) 本契約の終了については、以下の様に定めます。

- 利用者は、事業者に対して文書で通知することにより、いつでもこの契約を解約することができます。
- 事業者は、やむを得ない事情がある場合、利用者に対して30日間の予告期間において理由を示した文書で通知をすることにより、この契約を解約することができます。この場合、事業者は当該地域の他の指定相談支援事業者に関する情報を利用者に提供します。

事業者は、利用者又はその家族が事業者や相談支援専門員に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合、文書で通知することにより、直ちにこの契約を解約することができます。

利用者及びその家族等が、事業所や事業所の職員に対して禁止行為（下記）を繰り返す等、正常な業務継続することが困難な行為を行った場合

- (1) 事業所の職員対して行う暴言、暴力、誹謗中傷、嫌がらせなどの迷惑行為
 - (2) パワーハラスメント、セクシャルハラスメントなどの行為
 - (3) サービス期間中に職員の写真や動画撮影、録音等を無断で SNS 等に掲載する事。
- 利用者のサービス利用計画作成費が取り消された場合、本契約は自動的に終了します。

上記の契約を証するため、本書2通を作成し、利用者、事業者が署名押印の上、1通ずつ保有するものとします。

説明年月日 年 月 日

指定特定相談支援又は指定障害児相談支援の提供にあたり、利用者に対して契約事項となる内容を本書面に基づいて説明を行いました。

事業者 (所在地) 青森県三沢市大町2丁目6番27号
(名称) 社会福祉法人 楽晴会
(代表者) 理事長 齊藤 淳 印

説明者 (事業所) 療育・障害者相談センターボイス
(職氏名) 相談支援専門員 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定特定相談支援又は指定障害児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。

契約年月日 年 月 日

利用者 (住所)

(氏名)

連帯保証人 (住所)

(氏名)

(続柄:)

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者 同上 連帯保証人以外の場合 (下記記入)

(住所)

(氏名)

(続柄:)