

# ホープ相談支援事業所 重要事項説明書

(指定一般相談支援事業所・指定特定相談支援事業所)

本重要事項説明書は、当事業所と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
2. 事業所の概要
3. 事業実施地域
4. 事業時間
5. 職員の体制
6. 実施する相談支援サービスの内容
7. 利用料金
8. 事故発生時の対応
9. 業務継続計画の策定等について
10. 高齢者虐待の禁止
11. 身体拘束の禁止
12. ハラスメントの禁止
13. 苦情等申立窓口について
14. 秘密の保持
15. サービス提供の記録

社会福祉法人 桜樹会  
ホープ相談支援事業所

当事業所は一般相談支援、特定相談支援の指定を受けています。

## 1. 事業者の概要

名 称	社会福祉法人 桜樹会
所在地	広島県福山市駅家町法成寺108番地1
電話番号	(084) 970-2006
代表者名	理事長 安部博史
設立年月日	平成23年4月1日

## 2. 事業所の概要

事業の種類	指定一般相談支援事業所 指定特定相談支援事業所	平成30年5月1日指定 事業所番号 3431500465
事業所の名称	ホープ相談支援事業所	
事業所の所在地	広島県福山市駅家町法成寺100番地8	
電話番号	(084) 972-7300	
FAX番号	(084) 972-2650	
管理者氏名	岡村 仁志	
相談支援専門員	石田 一至、高橋 亜矢子	
主たる対象者	身体障がい者、知的障がい者、精神障がい者	
開設年月日	平成30年5月1日	
サービスの種類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 一般相談支援 指定地域相談支援サービス（地域移行支援、地域定着支援）</li> <li>・ 指定特定相談支援 指定計画相談支援サービス</li> </ul>	
事業の目的	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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、利用者に対して必要な指定地域相談支援サービス提供します。</li> <li>・ 利用者が、その有する能力及び適性に応じ、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、利用者に対して必要な指定計画相談支援サービスを提供します。</li> </ul>	
事業所の運営方針	利用者がその有する能力及び適性に応じ、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、サービスが当該利用者の意向、適性、障がい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する。	

### 3. 事業実施地域

福山市（①駅家町②御幸町③加茂町④山野町⑤新市町⑥芦田町⑦神辺町） 府中市（上下町を除く）
--

### 4. 営業時間

営業日	月曜日～土曜日（12月31日～1月3日を除く）
営業時間	午前9時～午後6時
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症拡大防止や災害時においては、休止や閉鎖をする場合があります。</li> <li>・上記の営業日、営業時間のほか、電話等により緊急時の連絡が可能な体制をとっています。</li> </ul>

### 5. 職員の体制

職 種	員 数	常 勤		非常勤		常勤換算
		専従	兼任	専従	兼任	
管理者	1				1	
相談支援専門員	2	1	1			1.5
その他の従業者						

### 6. 実施する相談支援サービスの内容

基本相談支援	
地域移行支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域移行支援計画の作成</li> <li>・入所施設や精神科病院の訪問による相談</li> <li>・地域移行のための障がい福祉サービス事業所等への同行支援 等</li> </ul>
地域定着支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域定着支援台帳の作成</li> <li>・常時の連絡体制の確保</li> <li>・緊急の事態等の支援 等</li> </ul>
計画相談支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス等利用計画の作成</li> <li>・サービス等利用計画作成後の便宜の供与</li> <li>・サービス等利用計画の変更</li> <li>・障がい者支援施設等への紹介</li> <li>・モニタリングの実施 等</li> </ul>

## 7.利用料金

### (1) 相談支援サービス費

項目	サービス利用料金
<b>【地域移行支援サービス】</b>	
地域移行支援サービス費 (Ⅲ)	2,422 単位/月
初回加算	500 単位/月
集中支援加算	500 単位/月
退院・退所加算	2,700 単位/月
障害福祉サービスの体験利用加算 (Ⅰ)	500 単位/月
障害福祉サービスの体験利用加算 (Ⅱ)	250 単位/月
体験宿泊加算 (Ⅰ)	300 単位/月
体験宿泊加算 (Ⅱ)	700 単位/月
ピアサポート体制加算	100 単位/月
居住支援連携体制加算	35 単位/月
地域居住支援体制強化推進加算	500 単位/月
<b>【地域定着支援サービス費】</b>	
地域定着サービス費 (体制確保費)	315 単位/月
地域定着サービス費 (緊急時支援費 (Ⅰ))	734 単位/日
地域定着サービス費 (緊急時支援費 (Ⅱ))	98 単位/日
ピアサポート体制加算	100 単位/月
日常生活支援情報提供加算	100 単位/月
居住支援連携体制加算	35 単位/月
地域居住支援体制強化推進加算	500 単位/月
<b>【計画相談支援サービス費】</b>	
サービス利用支援費 (Ⅰ) (取扱件数40未満)	1,572 単位/月
機能強化型サービス利用支援費 (Ⅳ) (取扱件数40未満)	1,672 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅰ	上記単位より-582 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅱ	上記単位より-894 単位/月
サービス利用支援費 (Ⅱ) (取扱件数40以上)	732 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅱ	上記単位より-54 単位/月
継続サービス利用支援費 (Ⅰ) (取扱件数40未満)	1,308 単位/月
機能強化型継続サービス利用支援費 (Ⅳ) (取扱件数40未満)	1,408 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅰ	上記単位より-633 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅱ	上記単位より-945 単位/月

介護予防支援費重複減算	上記単位より-20 単位/月
継続サービス利用支援費（Ⅱ）（取扱件数40以上）	606 単位/月
居宅介護支援費重複減算Ⅱ	上記単位より-243 単位/月
利用者負担上限管理加算	150 単位/月
初回加算	300 単位/月
主任相談支援専門員配置加算（Ⅰ）	300 単位/月
主任相談支援専門員配置加算（Ⅱ）	100 単位/月
入院時情報連携加算（Ⅰ）	300 単位/月
入院時情報連携加算（Ⅱ）	150 単位/月
退院・退所加算（3回を限度）	300 単位/回
居宅介護支援事業所等連携加算	情報提供以外：300 単位/月 情報提供：150 単位/月
医療・保育・教育機関等連携加算 （面談、情報提供（病院等、それ以外）はそれぞれで月1回、通院同行は月3回を限度）	面談（計画作成月）：100 単位/月 面談（モニタリング月）：300 単位/月 通院同行：300 単位/回 情報提供：150 単位/回
集中支援加算 訪問、会議開催・参加、情報提供（病院等・それ以外）はそれぞれで月1回、通院同行は月3回を限度	訪問、会議開催・参加：300 単位/月 通院同行：300 単位/月 情報提供：150 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（Ⅰ）	60 単位/月
行動障害支援体制加算（Ⅱ）	30 単位/月
要医療児者支援体制加算（Ⅰ）	60 単位/月
要医療児者支援体制加算（Ⅱ）	30 単位/月
精神障害者支援体制加算（Ⅰ）	60 単位/月
精神障害者支援体制加算（Ⅱ）	30 単位/月
高次脳機能障害支援体制加算（Ⅰ）	60 単位/月
高次脳機能障害支援体制加算（Ⅱ）	30 単位/月
ピアサポート体制加算	100 単位/月
地域生活支援拠点等相談強化加算	700 単位/月
地域体制強化共同支援加算	2,000 単位/月

※1単位は10円。

※上記のうち、利用者負担上限管理加算以外は利用者の負担はありません。利用者負担上限管理を行った場合はサービス料金の1割相当額が利用者負担額

になりますが、利用者世帯の収入状況に応じて市区町村長が定めた利用者負担上限月額が各月の上限になります。

## (2) その他の費用

交通費	通常の事業の実施地域以外の地区にお住いの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し要した交通費の実費をいただきます。但し自動車を使用した場合は、路程1キロメートル当たり20円を実費として徴収いたします。費用をお支払いいただく場合には、利用者又はその家族に対して事前に文書で説明をした上で、支払いに同意する旨の文書に署名又は記名押印を受けるものとします。
-----	---

## 8. 事故発生時の対応

- ・当事業所のサービス提供にあたり事故が発生した場合は、家族に報告するとともに適切かつ誠実な対応を行います。
- ・事故が生じたときには、直ちに事故に至った経緯及び態様を調査し、事実を正確に把握します。
- ・事故発生後はできるだけ速やかに市区町村や関係機関へ正確に事故発生の報告をします。
- ・当事業所の責任の有無に関わらず、発生した事故を二度と繰り返さないための対策を検討し、予防措置を早期に実施します。
- ・当事業所の責めに帰すべき事由により利用者様の生命・身体・財産に損害を及ぼした場合には、その損害を賠償します。

## 9. 業務継続計画の策定等について

事業所は感染症や非常災害の発生時に利用者に対する障害福祉サービスの提供を継続的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い必要な措置を講じるものとする。

- ・業務継続計画の周知、必要な研修及び訓練の定期的な実施
- ・定期的な業務継続計画の見直し、必要に応じてご業務継続計画の変更
- ・業務継続計画に関する責任者の選定 責任者 石田 一至

## 10. 虐待の禁止

事業所は虐待の発生またはその再発を防止するための以下に掲げる措置を講じます。

- ・虐待防止のための対策を検討する委員会を定期的開催、結果について周知
- ・虐待防止の指針の整備
- ・虐待の防止のための研修を定期的実施
- ・虐待防止の責任者の選定 責任者 石田 一至

## 11. 身体拘束の禁止

事業所はサービスの提供にあたっては利用者又は他の利用者の生命または身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行いません。

- ・やむを得ず身体拘束等を行う場合には、その態様および時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由その他必要な事項録
- ・身体拘束等の適正化を図るため、次に掲げる措置、研修の実施
- ・身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置などを活用して行うことができるものとする。）を定期的な開催と周知

## 12. ハラスメントの禁止

事業所は、職場及び介護現場におけるハラスメントを防止し、ハラスメントの原因となりうる要因を十分に理解し、予防措置を講じ、発生時には迅速かつ公正な対応を行います。

- ・ハラスメントの内容及び防止に関する方針の明確化
- ・相談支援専門員への周知及び啓発
- ・相談及び対応のための体制整備、窓口の設置
- ・措置を適切に実施するための責任者の選定 責任者 石田 一至

## 13. 苦情等申立窓口について

提供するサービスに対する苦情等に適切に処理をする為、次の通り窓口を設置しております。苦情等は面接、電話、書面などにより担当者が随時受け付けております。

事業所相談窓口	<ul style="list-style-type: none"> <li>・窓口担当者 相談支援専門員：石田一至</li> <li>・ご利用時間 月～土 9：00～18：00</li> <li>・電話番号 084-972-7300</li> </ul>
---------	--

当事業所で解決できない苦情等は福山市の障がい福祉課、又は広島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出ることができます。

福山市障がい福祉課	所在地： 広島県福山市東桜町3番5号本庁舎1階 電話番号：084-928-1208
広島県社会福祉協議会	所在地： 広島県広島市南区比治山本町12-2 電話番号：082-254-3419

#### 14. 秘密の保持

事業所及び従業者は、業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を保持します。また、当事業所では、従業者であったものに業務上知り得た利用者及びその家族等の秘密を保持させるため、従業者でなくなった後においてもこれらの秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容としています。

#### 15. サービス提供の記録

当事業所では指定相談支援サービスを提供した際、提供日、内容その他の必要な事項を記録しております。また、利用者が他の指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し出があった場合には、指定相談支援サービスの実施状況等に関する書類を交付します。

年 月 日

当事業所は、サービスの提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

ホープ相談支援事業所

管理者 岡村 仁志 印

担当者 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業所から重要事項の説明を受け、ホープ相談支援事業所のサービスの提供開始に同意しました。

利用者

《住 所》 \_\_\_\_\_

《氏 名》 \_\_\_\_\_ 印

代理人

下記の理由により署名を代行いたします。

手が不自由

《理 由》

その他 \_\_\_\_\_

《住 所》 \_\_\_\_\_

《氏 名》 \_\_\_\_\_ 印