

# 相談支援事業所光風園指定特定相談支援・障害児相談支援

## 重要事項説明書

(令和4年4月1日現在)

この重要事項説明書は、社会福祉法第76条及び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計画相談支援事業の人員及び運営に関する基準（平成24年3月13日厚生労働省令第28号）第5条第1項、児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準（平成24年3月13日厚生労働省令第29号）第5条第1項に基づき、事業所のサービス提供を開始するに当たり、あらかじめ重要な事項について説明するものです。

### 1 経営法人

法人名	社会福祉法人 島根県社会福祉事業団		
法人所在地	松江市東津田町 1741-3 いきいきプラザ島根 5F		
電話番号	(0852) 32-5966	FAX	(0852) 32-5968
代表者名	理事長 山崎 功		
設立年月日	昭和40年7月17日		

### 2 事業所の概要

事業所名	相談支援事業所光風園
事業の種類	特定相談支援、障害児相談支援
開設年月日	平成18年10月1日
事業所所在地	出雲市湖陵町大池 240-1
管理者名	足立 真美
電話番号	(0853) 43-2101
指定年月日	平成24年4月1日（特定相談支援） 平成24年8月1日（障害児相談支援）
指定番号	島根 3230400099 号（特定相談支援） 島根 3270400108 号（障害児相談支援）
E-mail	<a href="mailto:koufu@ssw.or.jp">koufu@ssw.or.jp</a>
事業の目的	事業所は、障がい者、障がい児又は障がい児の保護者（以下「利用者等」という。）の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者等の立場に立ち、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（平成17年11月17日法律123号、以下「法」という。）第5条第18項に規定する特定相談支援及び児童福祉法（昭和22年法律第164

	号) 第6条の2の2第7項に規定する障害児相談支援（以下「相談支援」という。）を適切に提供することを目的とする。
運営方針	<p>(1) 指定計画相談支援は、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>(2) 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計画相談支援の評価を行い、常にその改善を図ります。</p> <p>(3) 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（以下「障害者総合支援法」という。）に基づく指定計画相談支援の事業の人員、設備及び運営に関する基準に定める内容のほか各関係法令を遵守し、事業を実施します。</p>

### 3 同一所在地で提供する福祉サービス

サービスの種類	島根県知事の事業所指定		定員
	指定年付日	指定番号	
施設入所支援	平成 20 年 4 月 1 日	島根 3210400242 号	75 人
生活介護（単位 1）			73 人
生活介護（単位 2）			32 人
短期入所	平成 20 年 4 月 1 日	島根 3210400242 号	4 人
相談支援事業	平成 24 年 4 月 1 日	島根 3230400099 号	-
児童相談支援事業	平成 24 年 8 月 1 日	島根 3270400108 号	-

### 4 職員体制

#### (1) 職員の配置状況

職種	職務内容	常勤	非常勤	常勤換算
管理者	事業所の業務を統括し、職員を指揮監督します。	1 人		1 人
相談支援専門員	基本相談支援、サービス等利用計画の作成及び継続的なモニタリング等に関する業務を行います。	2 人		2 人

本事業所は、強度行動障害支援者養成研修（実践研修）を修了した相談員を配置し、行動障がいのある利用者へ専門的な知識及び技術をもって適切に対応できる体制を整えています。

#### (2) 職員の勤務時間

職種	勤務時間	備考

管理者	8:45 ～ 17:30	
相談支援専門員	8:45 ～ 17:30	

※職務の都合上、上記と異なる勤務時間帯となることがあります。

#### 5 事業の主たる対象とする障害の種類

主たる対象者	身体障がい者 知的障がい者 精神障がい者 障がい児
--------	------------------------------------

#### 6 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、年末年始（12月29日から1月3日まで）および国民の祝日に関する法律（昭和23年7月20日法律第178号）に規定する休日を除きます。
営業時間	午前8時45分から午後5時30分までとなります。

#### 7 通常の事業の実施地域

出雲市の全域となります。
--------------

#### 8 相談支援の提供方法及び内容

##### (1) 基本相談支援

地域の障がい者等の福祉に関する各般の問題について、障がいをもった方やその家族、又は介護を行う方からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、市町村及び指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整その他必要な支援を行います。

##### (2) サービス利用支援

利用者等との面接をとおして、希望等を伺った上でサービス提供事業者等との連絡調整を行い、サービス等利用計画を作成します。

具体的な内容は下記のとおりです。

課題の把握	利用者の居宅等を訪問し利用者や家族に面接を行い、利用者の心身の状況や置かれている環境及び日常生活全般の状況等を確認し、利用者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。
サービス等利用計画（障害児相談支援計画）案の作成	把握した、解決すべき課題に対応するため、最適な福祉サービス等の組み合わせを検討し利用者及びその家族等の生活に対する意向、長期的な支援の方針や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目標及び達成時期、福祉サービス等の種類等を記載したサービス利用計画（障害児相談支援利用計

	画) 案を作成します。
サービス担当者会議の開催	支給決定等の後、それを踏まえてサービス等利用計画（障害児相談支援計画）案の必要な変更を行い、福祉サービス事業者等の担当者から専門的な見地の意見を求めます。
サービス等利用計画（障害児相談支援計画）の決定及び交付	サービス等利用計画（障害児相談支援計画）案の内容を、利用者又は家族に説明し、文書により同意を得た上で決定し、書面で交付します。

### (3) 継続的なサービス利用支援

サービス等利用計画（障害児相談支援計画）の作成後、実施状況の把握と継続的な評価を行います。

具体的な内容は下記のとおりです。

実施状況の把握	利用者及びその家族、福祉サービス事業者等と継続的に連絡を取り、サービス等利用計画（障害児相談支援計画）の実施状況を把握し、必要に応じてサービス等利用計画（障害児相談支援計画）の変更、福祉サービス事業者等との連絡調整を行います。また、新たに支給決定等の必要性が認められる場合、申請に係る支援を行います。
サービス等利用計画（障害児相談支援計画）の変更	サービス等利用計画（障害児相談支援計画）を変更する際は、利用者の解決すべき課題に留意しながら、原則として(2)の手順に従い、サービス等利用計画の変更を行います。
入所施設等の紹介その他の便宜の供与	利用者が居宅での生活が困難になったと認められる場合又は障害者支援施設等への入所を希望する場合は対象となる入所施設等の紹介や必要な支援を行います。 また、入所施設等から退所しようとする利用者又はその家族等から依頼があった場合は居宅における生活へ円滑に移行できるよう支援します。

## 9 利用料等

特定相談支援に係る費用	計画相談支援給付費の対象となるため利用者の負担はありません。
交通費	通常の事業の実施地域以外の居宅等を訪問して特定相談支援を行う場合は、費用の内容と金額についてあらかじめ説明し、同意を得たうえで、下記の交通費をいただきます。 また、費用に係る支払を受けた場合は領収書を交付します。 公共交通機関を利用した場合：実費 自動車を利用した場合：通常の事業の実施地域を越える地点から1キロメートル当たり 37 円

※相談支援給付費について、事業所が法定代理受領を行わない場合、計画相談支援給

付費の全額を一度事業所へお支払いいただきます。その際、サービス提供証明書と領収書を交付しますので、償還払を希望する方は給付決定市町村に支給を申請してください。

## 10 利用料等の支払方法

利用料等は1か月ごとにお支払いいただきます。

なお、お支払いの方法は、次の中から選択することができます。

### (1) 預金口座からの振替

当事業所では、利用者又はそのご家族等から提出された口座振替依頼書により指定された金融機関の口座から、毎月25日利用料等を振替させていただきます。利用料等に係る請求書及び利用明細書は、毎月10日頃、領収書は振替確認後、指定された住所へお送りします。

※口座振替日が金融機関休業日に該当する日は、翌営業日を振替日とします。

### (2) 金融機関での支払

毎月10日頃、請求書及び利用明細書をあらかじめ指定された住所へお送りしますので、到着後速やかに金融機関でお支払いください。

なお、振込手数料等は払込人の負担となります。

### (3) 現金による支払い

当事業所の事務室へ請求書及び利用明細書をお持ちになりお支払い下さい。その場で領収書を発行します。

なお、お支払いについては、月曜日～金曜日の9:00～17:00の間をお願いします。

## 11 緊急時等における対応方法

相談支援の提供を行っているときに、利用者の病状の急変が生じた場合その他緊急事態が生じた場合は、事業所が定める対応方針に基づき適切に対応します。

## 12 事故発生時の対応

相談支援の提供により事故が発生した場合は、事故発生時のフロー(別紙1)に基づき、速やかに市町村、家族等関係機関に連絡を行い必要な対応をします。

また、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、次の損害賠償保険の範囲で速やかに賠償を行います。

保険の種類	施設賠償責任保険
保険の内容	介護保険・社会福祉事業者総合保険
保険金額	対人：1億円まで(1事故10億円まで) 対物：1事故1,000万円まで

## 13 虐待防止のための措置

利用者の人権を擁護し、虐待を防止するための委員会を設置するとともに、次の取組を

行います。

- ① 管理職を含めた職員全体を対象とする、虐待防止や人権意識を高めるための研修を実施します。
- ② 職員が、業務上抱える課題や悩みを抱え込まず、相談・協力し合える職場環境を整備します。
- ③ 虐待防止のための対策及び虐待発生時の対応方法について定め、利用者の尊厳を守り、その権利利益を擁護します。

虐待防止責任者	園長 足立 真美
---------	----------

#### 14 苦情及び相談等の受付

##### (1) 苦情等の解決体制

提供する相談支援に関する相談や苦情については、社会福祉法人島根県社会福祉事業団 苦情解決実施要領に基づき、苦情解決フロー（別紙2）のとおり適切に対応します。

##### (2) 苦情等の窓口

###### ①事業所における窓口

苦情解決責任者	園長 足立 真美
苦情受付担当者	自立支援課長 和田 英孝
利用時間	月曜日～金曜日 9:00 ～ 17:00（国民の祝日に関する法律に規定する休日を除きます。）
利用方法	電子メール <a href="mailto:koufu@ssw.or.jp">koufu@ssw.or.jp</a> 電話（0853-43-2101）での受付の他、面談でも伺います。 また、意見箱を設置しています。

###### ②第三者委員

第三者委員氏名
川上 律子
中尾 利津子
花田 史朗

###### ③行政機関等

名称	所在地	電話番号	受付時間
島根県運営適正化委員会	松江市東津田町 1741-3	0852-32-5913	8:30～17:00 (土・日・祝日を除く)
島根県健康福祉部 障がい福祉課 (島根県障がい者権利擁護センター)	松江市殿町2 番地 (県庁第二分庁舎本館1階)	0852-22-6687	8:30～17:00 (土・日・祝日を除く)
出雲市健康福祉部福	島根県出雲市今市町 70	0853-21-2211	8:30～17:00

社推進課 (出雲市障がい者虐待防止センター)			(土・日・祝日を除く)
---------------------------	--	--	-------------

15 個人情報の使用及び管理について

利用者及び家族等の個人情報については、社会福祉法人島根県社会福祉事業団が保有する個人情報の保護に関する規程（平成 17 年 5 月 25 日規程第 1 号）に基づき、適切に管理します。

なお、個人情報の利用に当たっては、別途書面で同意をいただきます。

個人情報保護管理責任者	園長 足立 真美
相談受付担当者	自立支援課長 和田 英孝

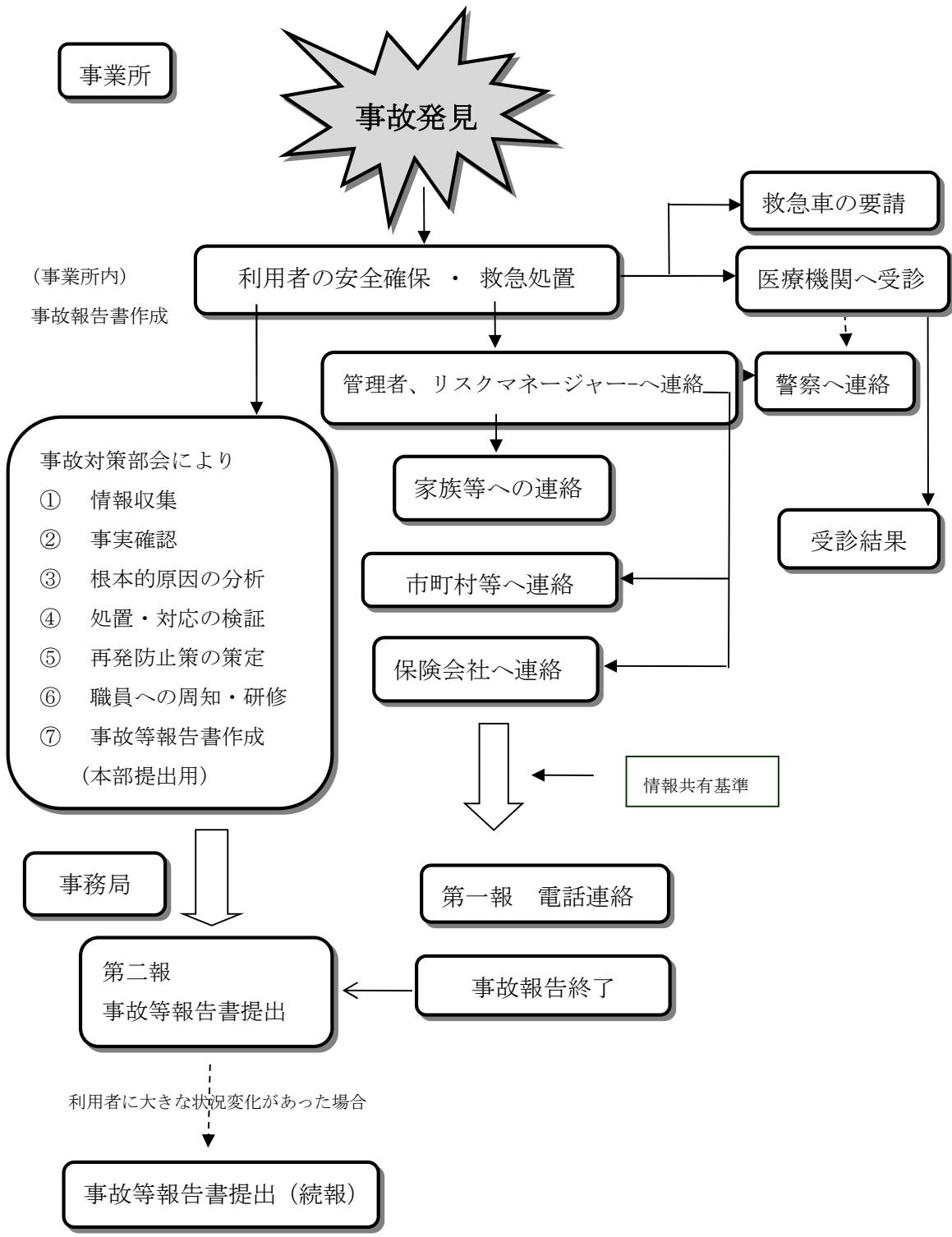
16 (地域生活支援拠点等の機能を担う事業所)

この事業所は障害福祉サービス等及び障害児通所支援等円滑な実施を確保するための基本的な指針（平成 29 年厚生労働省告示第 116 号）第二の三に規定する地域生活支援拠点等として次の機能を担います。

(1) 相談 緊急時の支援が見込めない世帯を事前に把握・登録した上で、常時の連絡体制を確保し、障害の特性に起因して生じた緊急の事態等に必要なサービスのコーディネートや相談その他必要な支援を行う機能

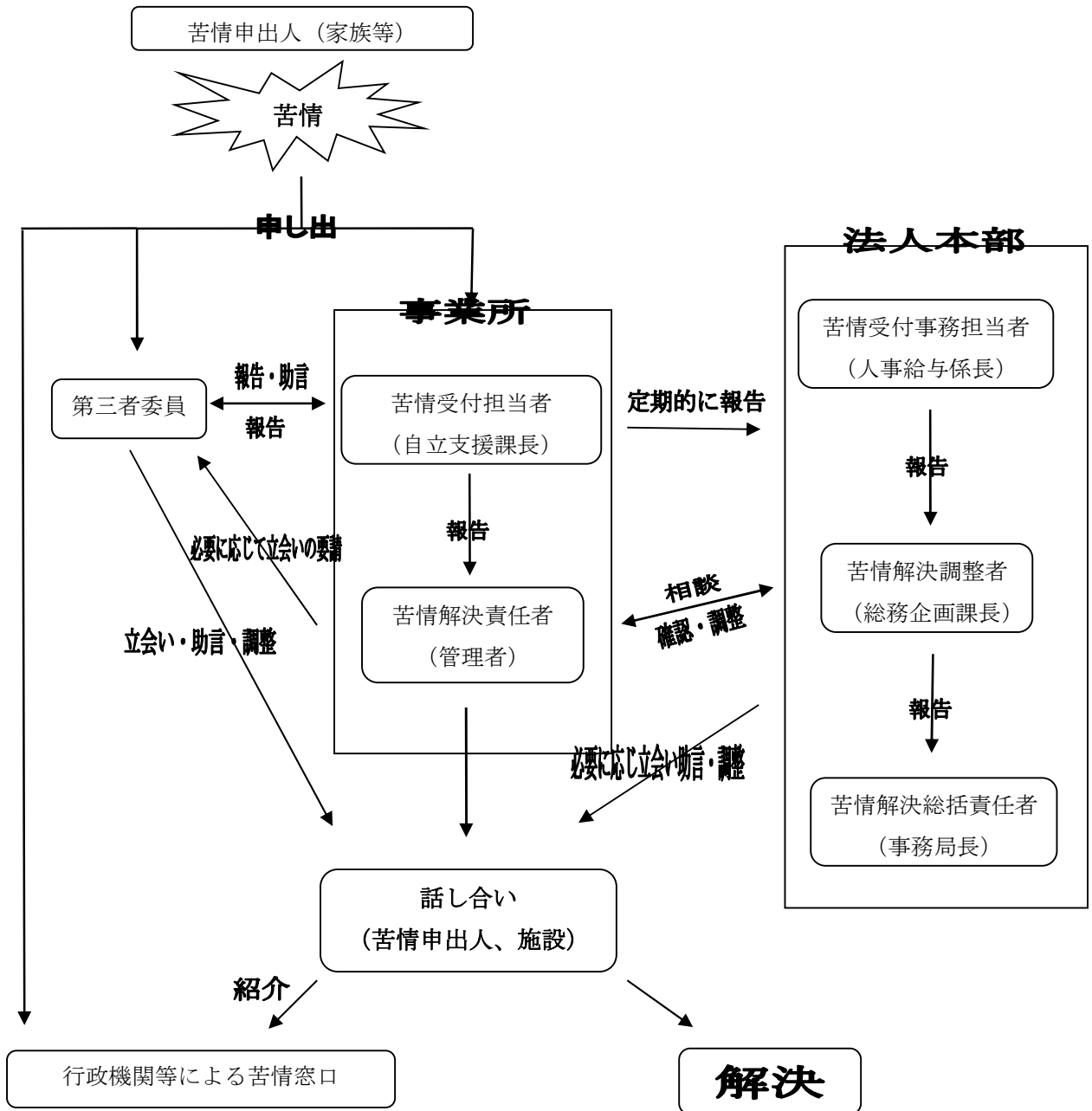
(2) 地域の体制づくり 地域の様々なニーズに対応できるサービス提供体制の確保や、地域の社会資源の連携体制の構築等を行う機能

# 事故発生時のフロー





# 苦情解決フロー



## 利用にあたっての同意書

相談支援事業所光風園の利用に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

年 月 日

事業者 社会福祉法人島根県社会福祉事業団  
光風園施設長 足立 真美  
(相談支援事業所光風園)

説明者 相談支援専門員

印

私は本書面に基づいて、事業者から相談支援事業所光風園の利用について、重要事項の説明を受け、内容に同意しました。

年 月 日

利用者（保護者）

住所

氏名

印

署名代行者

住所

氏名

印

利用者との続柄（ ）