

相談支援事業所緑風園指定計画相談支援

重要事項説明書

(令和 8 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 安食 治外		
設立年月日	昭和 40 年 7 月 17 日		

2 事業所の概要

事業所名	相談支援事業所緑風園
事業の種類	計画相談支援
開設年月日	平成 24 年 4 月 1 日
事業所所在地	島根県邑智郡邑南町中野 2384
管理者名	口羽 正彦
電話番号	(0855) 95 - 0363
指定年月日	平成 24 年 4 月 1 日
指定番号	邑南町 3231800032
E-mail	ryokufu@ssw.or.jp
事業の目的	利用者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（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	(1)利用者が地域で安心して自立生活を送るため、日々の暮らしの中で抱えているニーズや課題にきめ細かく対応し、必要に応じた相談支援に努めるものとする。

	<p>(2) 様々なサービスや地域資源等を活用しながら、地域で自立して安心して暮らしていけるように、次の観点から相談支援の充実を目指すものとする。</p> <p>ア 地域における相談支援事業者との連携、強化を図る。</p> <p>イ 利用者の自立した生活を支え、ニーズや抱えている課題の解決や障害福祉サービスの利用に向けて、ケアマネジメントの充実を図る。</p> <p>ウ 地域における相談支援体制の強化と質の向上を図るために、市町村と連携を図り、総合的な相談支援体制の充実に努める。</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	島根県 3211820018 号	70 人
生活介護	平成 20 年 4 月 1 日	島根県 3211820018 号	80 人
短期入所	平成 18 年 10 月 1 日	島根県 3211820018 号	4 人
共同生活援助	平成 18 年 10 月 1 日	島根県 3221820008 号	20 人
計画相談支援	平成 24 年 4 月 1 日	邑南町 3231800032 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		0.1 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。	1 人		1 人

(2) 職員の勤務時間

職種	勤務時間	備考
管理者	8 : 30 ~ 17 : 15	
相談支援専門員	8 : 30 ~ 17 : 15	

※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	知的障がい者
--------	--------

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。ただし、年末年始（12月29日から1月3日まで）及び祝祭日を除きます。
営業時間	午前8時30分から午後5時15分まで。

7 通常の事業の実施地域

邑智郡邑南町の全域。

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利用者の意思決定の支援に配慮するとともに、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原案の作成	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の原案を作成し、交付します。
サービス担当者会議の開催	支給決定等の内容を踏まえてサービス等利用計画を変更し、計画した福祉サービスで共通の目的を達成するため、福祉サービス事業者等の担当者から専門的な見地からの意見を求めます。
サービス等利用計画の決定及び交付	サービス等利用計画の原案の内容を、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とり、作成したサービス等利用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の変更	サービス等利用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

(1) 計画相談支援費

計画相談支援費は、全額が計画相談支援給付費として支給されるため、利用者の自己負担はありません。また、受領した給付費の額については、利用者に通知します。

区分	報酬/加算名	算定要件	月額
基本報酬	サービス利用支援費	—	15,720 円
	継続サービス利用支援費	—	13,080 円
加算	特別地域加算	中山間地域等に居住している利用者に対してサービス提供した場合	所定単位数の 15%
	初回加算	新規にサービス等利用計画を作成する利用者に対してサービス利用支援を行った場合	3,000 円
	入院時情報連携加算	入院時に医療機関が求める利用者の情報を医療機関に提供した場合	3,000 円（訪問した場合） 1,500 円（訪

		問以外の方法 の場合)
居宅介護支援事業所 等連携加算	介護保険サービスの利用へ移行 する場合、利用者の情報等を居 宅介護支援事業所等に提供し、 居宅サービス計画等の作成に協 力した場合	3,000 円（訪 問、会議参加） 1,500（情報提 供）
サービス担当者会議 実施加算	継続サービス利用支援の実施時 において、福祉サービス等の担 当者を招集して計画の変更その 他必要な便宜の提供について検 討を行った場合	1,000 円
サービス提供時モニ タリング加算	継続サービス利用支援の実施時 又はそれ以外の機会において、 障害福祉サービス事業所等を訪 問し、サービスの提供状況につ いて詳細に把握した上で確認結 果の記録を作成した場合	1,000 円
行動障害支援体制加 算	強度行動障害支援者養成研修 （実践）を修了し、専門的な知 識及び支援技術を持つ常勤の相 談支援専門員を配置した場合	300 円
退院・退所加算	退院・退所時に、医療機関等の 多職種からの情報収集やカンフ ァレンスへの参加を行った上 で、サービス等利用計画を作成 した場合	3,000 円
集中支援加算	計画決定月及びモニタリング対 象月以外の月に居宅等を訪問し 月に2回以上の面接を行った場 合、サービス担当者会議の開催 した場合、他機関の主催する会 議へ参加した場合	訪問、会議開 催、会議参加 3,000 円/月 通院同行 3,000 円/回 情報提供

		1,500円/回
医療・保育・教育機関等連携加算	サービス利用支援の実施時において、医療、保育、教育機関等の職員と面談を行い、必要な情報提供を受け協議等を行った上で、サービス等利用計画を作成した場合	面談（計画作成）2,000円/月 面談（モニタリング）3,000円/月 通院同行3,000/回 情報提供1,500/回
主任相談支援専門員配置加算Ⅱ	相談支援従事者主任研修を修了した常勤かつ専従の主任相談支援専門員を事業所に配置した上で、当該事業所又は当該事業所以外の事業所の従事者に対し当該主任相談支援専門員がその資質向上のために研修を実施した場合	1,000円
地域生活支援拠点等相談強化加算	地域生活支援拠点等である特定相談支援事業所において、コーディネーターの役割を担うものとして相談を受け、連携する短期入所事業所への緊急時の受け入れの対応を行った場合	7,000円
福祉・介護職員等処遇改善加算 ※令和8年6月から	福祉・介護職員に対し、別に厚生労働大臣が定める基準に適合する賃金改善等を実施しているものとして、島根県知事に届出た施設を対象とする加算。	基本報酬並びに加算の合計額に5.1%を乗じた額

(2) 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計画相談支援を提供した際には、その実費をいただきます。

区分	負担額
公共交通機関を利用した場合	公共交通機関が定める運賃等の額
事業所の自動車を使用した場合	移動距離×37円

交通費の支払いは、1か月ごとに計算し、翌月10日までに請求しますので、期日までに現金又は振込でお支払いください。

10 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。

11 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	社会福祉施設総合保険
保険金額	対人：1億円まで(1事故1億円まで) 対物：1事故100万円まで

12 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	管理者 口羽 正彦
虐待防止担当者	相談支援専門員 加茂 淳一

13 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	管理者 口羽 正彦
苦情受付担当者	障害者支援施設緑風園 自立支援課長 上田 恵子
利用時間	月曜日～金曜日 9:00 ～ 17:00 (祝祭日を除きます。)
利用方法	・ 電話 (0855) 95 - 0363 ・ 電子メール ryokufu@ssw.or.jp ・ 面接 その他、玄関に意見箱を設置しています。

②第三者委員

第三者委員氏名	電話番号
寺本 慎司	
石川 久江	
植田 ひとみ	

③行政機関等

名称	電話番号
島根県運営適正化委員会	0852-32-5913
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)	0852-22-6687

④各市町の虐待防止センター

各市町	電話番号	各市町	電話番号
松江市	0852-55-5236	奥出雲町	0854-54-2541
浜田市	0855-25-9322	飯南町	0854-72-1773
出雲市	0853-21-6905	川本町	0855-72-0633
益田市	0856-31-1477	美郷町	0855-75-1931

大田市	0854-83-8142	邑南町	0855-95-1115
安来市	0854-23-3216	津和野町	0856-72-0673
江津市	0855-52-2501	吉賀町	0856-77-1165
雲南市	0854-40-042		

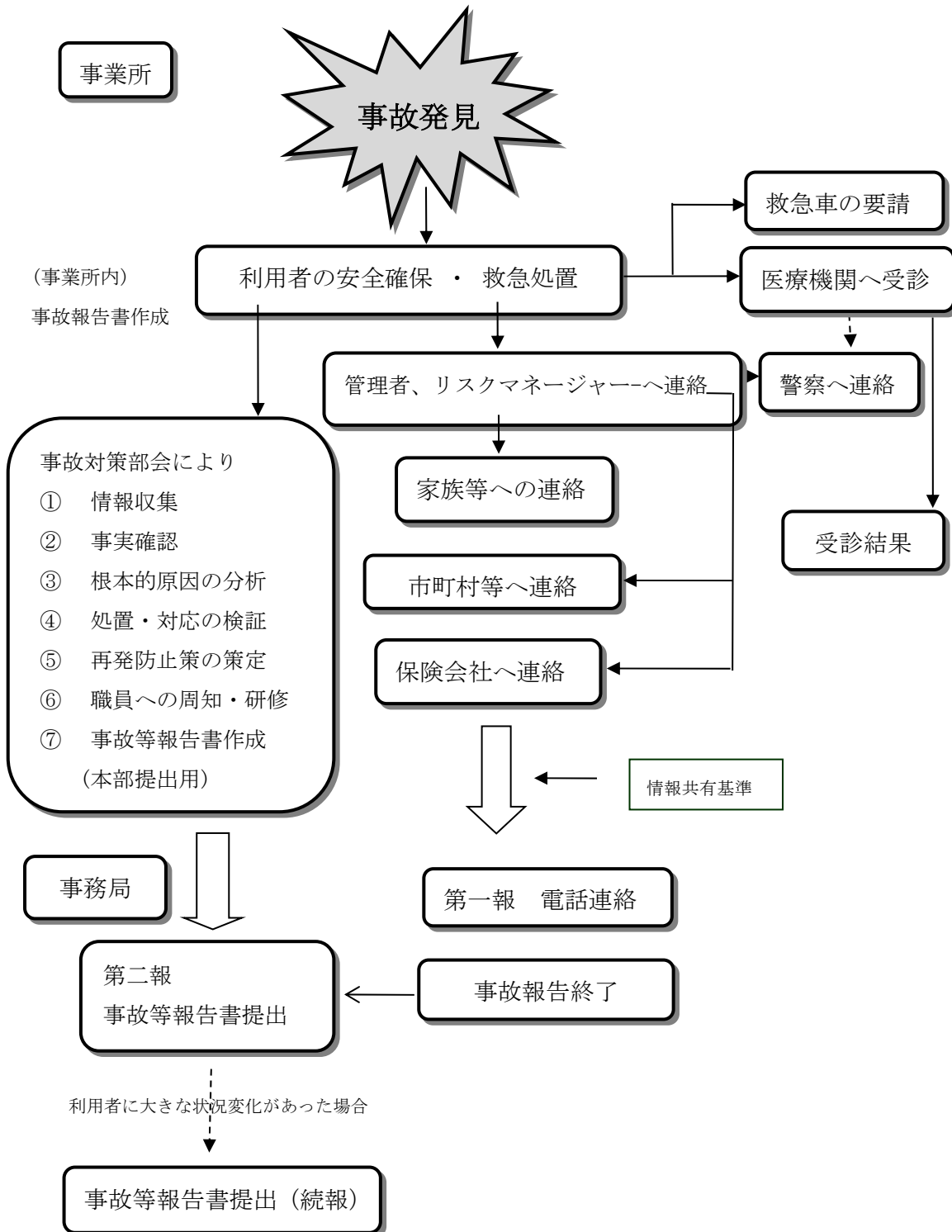
14 個人情報の使用及び管理について

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。

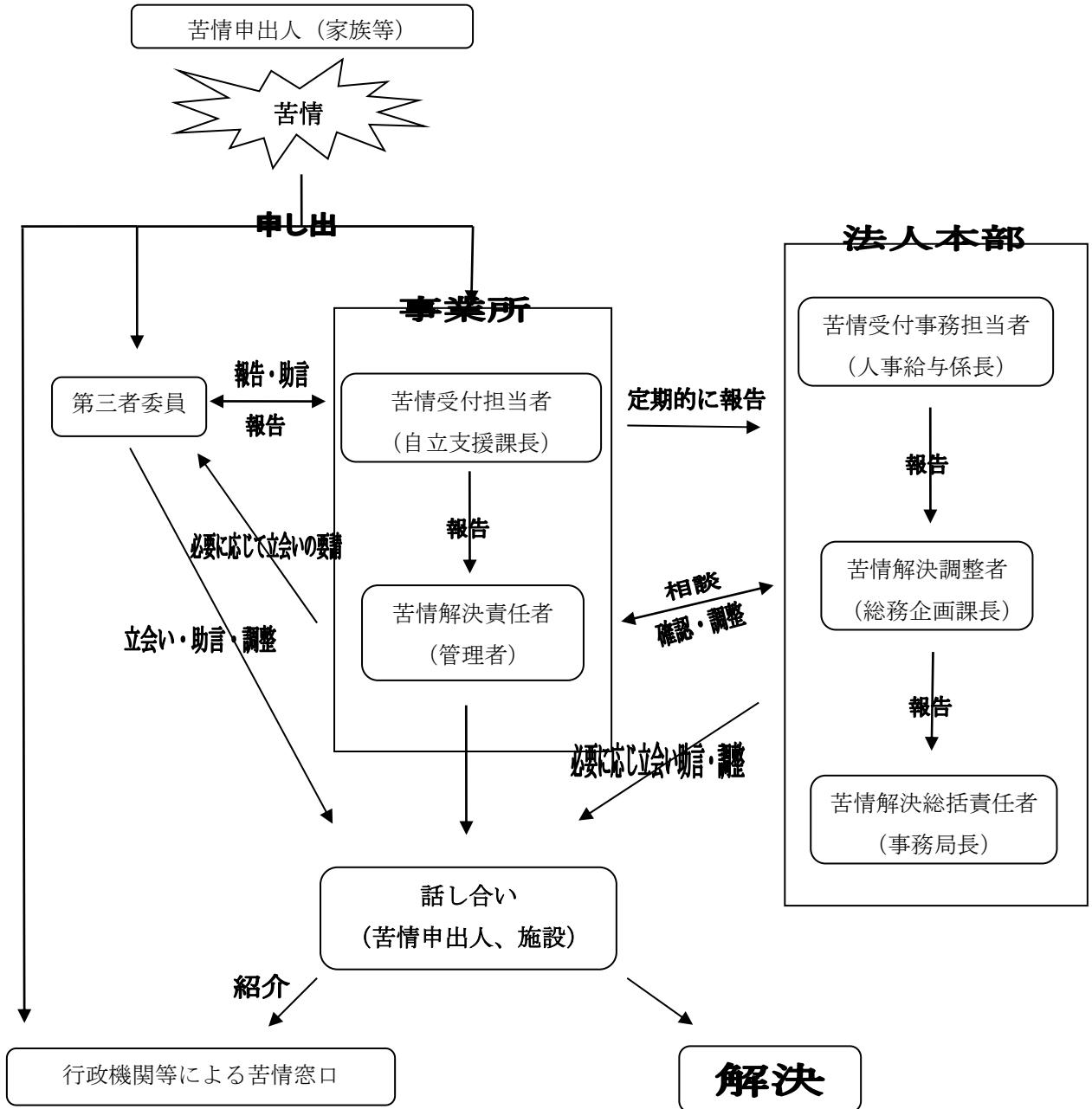
なお、個人情報の利用に当たっては、別途書面で同意をいただきます。

個人情報保護管理責任者	園長 口羽 正彦
相談受付担当者	自立支援課長 上田 恵子

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

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

令和 年 月 日

事業者 社会福祉法人
島根県社会福祉事業団
緑風園園長 印
(相談支援事業所緑風園)
説明者 相談支援専門員

私は、本書面に基づいて、事業者から相談支援事業所緑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。

令和 年 月 日

利用者
住所
氏名 印

署名代行者
住所
氏名 印
利用者との続柄 ()