

# 重要事項説明書

社会福祉法人 優輝福祉会  
指定相談支援事業者 ゆうしゃいん

## 重要事項説明書

あなたに対するサービス提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

### 1. サービスを提供する事業者の概要

法人の名称	社会福祉法人 優輝福祉会
法人の所在地	広島県三次市吉舎町吉舎606番地
法人の電話番号	0824-43-3121
法人の代表者	理事長 森重 利夫
法人の設立年月日	1990（平成2）年12月13日

### 2. 事業所の概要

事業の種類	<input type="checkbox"/> 指定特定相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定一般相談支援事業 <input type="checkbox"/> 指定障害児相談支援事業
事業所の名称 (事業所番号)	指定相談支援事業者 ゆうしゃいん 平成24年4月1日指定（3431950025）特定／一般 （3741950026）障害児
事業所の所在地	広島県三次市大田幸町一本木10388-7
事業所の電話番号	0824-66-3555
事業所のFAX番号	0824-66-2839
事業所のE-mail	youshine@yuukifukushikai.com
管理者	新田 衆治
サービスの実施地域	三次市 庄原市
主たる対象者	身体障害者 知的障害者 精神障害者 難病患者 障害児
開設年月日	平成24年4月1日

### 3. サービスの目的・運営方針

	<p>1. 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、障害者等の意思決定の支援に配慮するとともに、市町村・公共職業安定所・その他の職業リハビリテーションの措置を実施する機関、教育機関、その他の関係機関との緊密な連携を図りつつ、指定一般相談支援、指定特定相談支援及び、指定障害児相談支援を当該利用者の意向、適性、障害の特性その他の事情に応じ、常に障害者の立場に立って適切かつ効果的に行うものとしします。</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て、当該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福祉サービス事業を行う者に不当に偏ることのないよう公平中立に行うものとする。</p> <p>3. 自らその提供する指定一般相談支援、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>
--	---

### 4. 事業所の職員体制

職種	人数	勤務形態
管理者	1人	常勤
相談支援専門員	1人	常勤
<input type="checkbox"/> 一般相談のみ 地域移行支援・地域定着支援を担当する者	人	

### 5. 職員の職務内容

職種	職務内容
管理者	従業員の管理、指定一般相談支援、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及び、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、従業員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	障害者又は障害児等からの日常生活全般に関する相談、サービス等利用計画及び障害児支援計画の作成等に関する業務を行います。

<input type="checkbox"/> 一般相談のみ 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>
--	---

## 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。

## 7. サービス提供の内容

### (1) サービス内容

#### 指定特定相談支援

##### (1) 「基本相談支援」

地域の障害者等の福祉に関する各般の問題について、障害者等、障害児の保護者又は障害者等の介護を行う者からの相談に応じ、必要な情報の提供及び助言を行い、併せてこれらの者と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の便宜を総合的に供与します。

##### (2) 「計画相談支援」

###### ① 「サービス利用支援」

障害者の心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、利用するサービスの内容等を定めたサービス等利用計画案を作成し、支給決定等が行われた後に、当該支給決定等の内容を反映したサービス等利用計画の作成等を行います。

- ・アセスメントの実施。
- ・サービス等利用計画案の作成
- ・サービス担当者会議の開催
- ・サービス等利用計画の作成

###### ② 「継続サービス利用支援」

サービス等利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとに検証し、その

結果等を勘案してサービス等利用計画の見直しを行い、サービス等利用計画の変更等を行います。

- ・モニタリングの実施

#### □ 一般相談支援事業

##### (1)「地域移行支援」

障害者支援施設等に入所している障害者又は精神科病院（精神科病院以外の病院で精神病室が設けられているものを含む。）に入院している精神障害者に対して、住居の確保その他の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便宜を供与します。

- ・利用者の住居の確保その他の地域生活への移行のための活動に関する相談及び援助
- ・障害福祉サービスの体験的な利用
- ・地域生活への移行のための単身での生活に向けた体験的な宿泊
- ・地域移行支援計画の作成
- ・前各号に付帯するその他必要な援助

##### (2)「地域定着支援」

居宅において単身等の状況において生活する障害者に対して、当該障害者との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おいて相談その他の便宜を供与します。

- ・常時の連絡体制の確保による緊急時等における相談及び必要な支援
- ・地域定着支援台帳の作成
- ・前各号に付帯するその他必要な援助

#### □ 障害児相談支援事業

##### (1)「障害児支援利用援助」

障害児の心身の状況、その置かれている環境等を勘案し、利用する障害児通所支援の内容等を定めた障害児支援利用計画案を作成し、通所給付決定等が行われた後に、当該給付決定等の内容を反映した障害児支援利用計画の作成等を行う。

- ・アセスメントの実施。
- ・サービス等利用計画案の作成
- ・サービス担当者会議の開催
- ・サービス等利用計画の作成

##### (2)「継続障害児支援利用援助」

障害児支援利用計画が適切であるかどうかを一定期間ごとに検証し、その結果等を勘案して障害児支援利用計画の見直しを行い、障害児支援利用計画の変更等を行う。

- ・モニタリングの実施

## 8. 支援の提供方法

### (1) サービス利用計画の作成

#### <サービス利用計画作成の流れ>

障害福祉サービスを希望する場合は、障害福祉課に申し出ます。

\* 障害福祉課より「サービス等利用計画案・障害児支援利用計画案提出依頼書」が渡されます。



利用者は「サービス等利用計画案提出依頼書」を、相談支援事業所に提出します。

\* 重要事項の説明後「利用契約書」を交わします。「個人情報取扱同意書」をいただきます。



事業所の相談支援専門員は、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族等に面接して、利用者及び家族の置かれている状況、利用者の希望する生活、解決すべき課題等を把握します。



総合的な援助の方針、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種類、内容、量及び目標、達成時期、提供する上での留意事項等を記載したサービス利用計画案を作成します。

\* サービス利用計画案を説明し同意をいただきます。（署名または記名・押印）



サービス利用計画案を、利用者及びその家族等（申請者）に渡します。

\* 申請者は、市にサービス利用計画案とともに支援給付費支給申請書及び計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書を提出します。



市より、申請者に障害福祉サービスの支給（却下）決定結果が通知されます。

「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書」

\* 障害福祉サービス受給者証または地域相談支援受給者証が交付されます。



申請者は「受給者証」を相談支援事業者に届け、事業者は内容を確認のうえ、関係者による「サービス担当者会議」を開催し、支援計画案の内容について意見を求めます。



事業者は、サービス担当者会議で検討された「サービス利用計画案」について、利用者又はご家族に説明します。

\* サービス利用計画案に同意をいただきます（署名または記名・押印）



事業者は、同意された支援計画案を元に「サービス利用計画」を作成し、市に提出します。

\* サービス利用計画書をお渡しします。



福祉サービス事業者により各種の福祉サービスが開始されます。

## (2) サービス利用計画作成後の便宜の供与

- ・ サービス等利用計画作成後、サービス等利用計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的な評価（以下、「モニタリング」という）を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更・福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うとともに、新たな支給決定に係る申請の勧奨及び必要な援助を行います。
- ・ モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、福祉サービス事業者等との連絡調整を行うとともに、その利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果を記録します。

## (3) サービス利用計画の変更

利用者がサービス利用計画の変更を希望した場合、または事業者がサービス利用計画の変更が必要と判断した場合は、事業者と利用者双方の合意に基づき、サービス利用計画を変更

## (4) 障害者支援施設等への紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が障害者支援施設等への入院又は入所を希望する場合には、障害者支援施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。

## 9. 利用料金

### (1) 相談支援給付費対象サービス内容

自己負担はありません。

指定特定相談支援

計画相談

<input type="checkbox"/> サービス利用支援費 (I)	1, 572 単位/月	
<input type="checkbox"/> サービス利用支援費 (II)	732 単位/月	
<input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援費 (I)	1, 308 単位/月	
<input type="checkbox"/> 継続サービス利用支援費 (II)	606 単位/月	
<input type="checkbox"/> 特別地域加算	+15/100	中山間地域等に居住する者
<input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等機能強化加算	500 単位/月	
<input type="checkbox"/> 利用者負担上限額管理加算	150 単位/月	
<input type="checkbox"/> 初回加算	300 単位/月	
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算 (I)	200 単位/月	
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算 (II)	100 単位/月	
<input type="checkbox"/> 退院・退所加算	200 単位/回	3 回を限度
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所等連携加算	300 単位/月	情報提供以外
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所等連携加算	100 単位/月	情報提供月
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	200 単位/月	面談 (計画作成月)
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	300 単位/月	面談 (モニタリング月)
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	300 単位/月	通院同行
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	300 単位/月	情報提供
<input type="checkbox"/> 集中支援加算	300 単位/月	訪問、会議開催、会議参加
<input type="checkbox"/> 集中支援加算	300 単位/月	通院同行
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議実施加算	100 単位/月	
<input type="checkbox"/> サービス提供時モニタリング加算	100 単位/月	
<input type="checkbox"/> 行動障害支援体制加算 (I)	60 単位/月	
<input type="checkbox"/> 行動障害支援体制加算 (II)	30 単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等相談強化加算	700 単位/回	月 4 回を限度
<input type="checkbox"/> 地域体制強化共同支援加算	2, 000 単位/回	月 1 回を限度

一般相談支援事業

地域移行

<input type="checkbox"/> 初回加算	500 単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域移行支援サービス費 (I)	3, 613 単位/月	利用者への訪問による支援 (訪問相談や同行支援) を週 1 回程度行うことを基本とする。 利用者への訪問による支援を少なくとも月 2 回以上行うこととする。
<input type="checkbox"/> 地域移行支援サービス費 (II)	3, 157 単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域移行支援サービス費 (III)	2, 422 単位/月	
<input type="checkbox"/> 退院・退所月加算	2, 700 単位/月	
<input type="checkbox"/> 退院・退所月加算	3, 200 単位/月	入院期間が 3 月以上 1 年未満の場合



<input type="checkbox"/> 集中支援加算	500単位/月	退院・退所月以外に月6日以上支援を行った場合に算定。
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業の体験利用加算（Ⅰ）	500単位/日	障害福祉サービス事業の体験利用を行った場合に、開始日から5日目までを算定。 * 利用者が入所する障害者支援施設等の従事者が、体験利用日の日中に介護等の支援
<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス事業の体験利用加算（Ⅱ）	250単位/日	障害福祉サービス事業の体験利用を行った場合に、6日目から15日までを限度に算定。 * 利用者が入所する障害者支援施設等の従事者が、体験利用日の日中に介護等の支援
<input type="checkbox"/> 体験宿泊加算（Ⅰ）	300単位/日	一人暮らしに向けた体験宿泊を行った場合に、同加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を合計して15日を限度に算定。
<input type="checkbox"/> 体験宿泊加算（Ⅱ）	700単位/日	夜間支援を行う者を配置等して一人暮らしに向けた体験宿泊を行った場合に、同加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）を合計して15日を限度に算定。 * 体験宿泊日については、利用者が入所する障害者支援施設等の報酬として、入院・外泊時加算（Ⅰ）が算定できる。
<input type="checkbox"/> 居住支援連携体制加算	35単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域居住支援体制強化推進加算	500単位/月	月1回を限度

地域定着

<input type="checkbox"/> イ 地域定着体制確保費	315単位/月	体制確保分
<input type="checkbox"/> ロ 地域定着緊急時支援費	734単位/日	緊急時支援分（Ⅰ）
	50単位加算	
<input type="checkbox"/> ハ 地域定着緊急時支援費	98単位/日	緊急時支援分（Ⅱ）
<input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等機能強化加算	500単位/月	
<input type="checkbox"/> 日常生活支援情報提供加算（月1回）	100単位/回	
<input type="checkbox"/> 居住支援連携体制加算	35単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域居住支援体制強化推進加算	500単位/月	月1回を限度

指定障害児相談支援

<input type="checkbox"/> 障害児支援利用援助費（Ⅰ）	1,766単位/月	
<input type="checkbox"/> 障害児支援利用援助費（Ⅱ）	815単位/月	
<input type="checkbox"/> 継続障害児支援利用援助費（Ⅰ）	1,448単位/月	
<input type="checkbox"/> 継続障害児支援利用援助費（Ⅱ）	662単位/月	
<input type="checkbox"/> 特別地域加算	+15/100	中山間地域等に居住する者
<input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等機能強化加算	500単位/月	

<input type="checkbox"/> 利用者負担上限額管理加算	150単位/月	
<input type="checkbox"/> 初回加算	500単位/月	
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算（Ⅰ）	200単位/月	
<input type="checkbox"/> 入院時情報連携加算（Ⅱ）	100単位/月	
<input type="checkbox"/> 退院・退所加算	200単位/回	3回を限度
<input type="checkbox"/> 保育・教育等移行支援加算	300単位/回	情報提供以外
<input type="checkbox"/> 保育・教育等移行支援加算	100単位/月	情報提供月
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	200単位/月	面談（計画作成月）
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	300単位/月	面談（モニタリング月）
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	300単位/月	通院同行
<input type="checkbox"/> 医療・保育・教育機関等連携加算	150単位/月	情報提供
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議実施加算	100単位/月	
<input type="checkbox"/> サービス提供時モニタリング加算	100単位/月	
<input type="checkbox"/> 集中支援加算	300単位/月	通院同行 月1回限度
<input type="checkbox"/> 集中支援加算	150単位/月	情報提供 月1回限度
<input type="checkbox"/> 行動障害支援体制加算（Ⅰ）	60単位/月	
<input type="checkbox"/> 行動障害支援体制加算（Ⅱ）	30単位/月	
<input type="checkbox"/> 地域生活支援拠点等相談強化加算	700単位/回	月4回を限度
<input type="checkbox"/> 地域体制強化共同支援加算	2,000単位/回	月1回を限度

## （2）相談支援給付費対象外サービス内容

### ①交通費

サービス実施地域以外の居宅を訪問する場合、下記のとおり、ご負担いただきます。

路程1キロメートル当たり 38円

## （3）利用料金お支払方法

料金は1ヶ月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月20日までに以下のいずれかの方法でお支払下さい。

① 当事業所が指定する口座への現金振り込み

② 金融機関口座からの口座振替

※ご利用できる金融機関：ゆうちょ銀行、ＪＡ、みどり信金

## 10. 利用者の記録及び情報の管理等

(1) 事業所は法令に基づいて利用者の記録及び情報を適切に管理し、利用者の求めに応じてその内容を開示します。また、記録及び情報については契約の終了後5年間保管します。

※閲覧、複写ができる窓口業務時間は午前8：30～午後5時です。

(2) 利用者の個人情報については、個人情報保護法にそった対応を行います。

但し、サービス提供を行う上での他事業所及び医療機関等とお連絡調整や市町及び関係機関に情報提供を要請された場合は利用者の同意（「個人情報使用同意書」による）に基づき情報提供を致します。

## 11. 緊急時の対応

利用者の病状急変と気の緊急時には、速やかに医療機関への連絡を行う等の必要な措置を講じます。

主治医	氏名		電話番号	
	連絡先			
連絡先	氏名		電話番号	
	連絡先			

## 12. 要望・苦情等申立及び虐待防止に関する窓口

(1) 要望・苦情・虐待等申立先

当事業所 ご利用相談窓	<ul style="list-style-type: none"><li>・苦情・虐待窓口担当者：絹川 卓史</li><li>・苦情・虐待解決責任者：新田 衆治</li><li>・ご利用時間：8：30～17：00</li><li>・電話番号：0824-66-3555</li><li>・FAX：0824-66-2839</li><li>・担当者が不在の場合は、事業所事務所までお申し出ください。</li></ul>
第三者委員	上杉千恵美 電話番号 0824-73-0559 (歌手)
	奥 易之 電話番号 0824-88-2548 (無職)
	宮崎 文隆 電話番号 0824-66-2317 (団体役員)

三次市福祉事務所 社会福祉課障害福祉係	・所在地：広島県三次市十日市東3-14-1 ・電話番号：0824-65-2051
庄原市役所 社会福祉課障害福祉係	・所在地：広島県庄原市中本町1丁目10-1 ・電話番号：0824-73-1210
広島県運営適正化 委員会	・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 ・FAX：082-569-6161

- (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 新田 衆治  
(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

### 13. 当施設を利用の際に留意頂く事項

職員に対する 暴力行為等	職員に対する身体的暴力（身体的な力を使って危害を及ぼす行為）、職員に対する精神的暴力（人の尊厳や人格を言葉や態度によって傷つけたり、おとしめたりする行為）及び職員に対するセクシャルハラスメント（性的誘いかけ、好意的態度の要求等、性的ないやがらせ行為）は、厳に慎んでください。
-----------------	---

令和 年 月 日

指定相談支援事業者 ゆうしゃいんの提供及び利用の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業者名 : 社会福祉法人 優輝福祉会  
事業者住所 : 広島県三次市吉舎町吉舎 606 番地  
事業所名 : 相談支援事業者 ゆうしゃいん  
代表者氏名 : 理事長 森重 利夫 印

説明者職名 : \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印

私は、本書面に基づいて事業所から指定相談支援ゆうしゃいんの提供利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

(利用者)

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

(代筆者)

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

続柄 : \_\_\_\_\_

(代筆理由) : \_\_\_\_\_

(代理人又は立会人)

住所 : \_\_\_\_\_

氏名 : \_\_\_\_\_ 印

続柄 : \_\_\_\_\_