道央佐藤病院相談支援センター

（指定特定相談支援）

重要事項説明書

1. 事業者の名称等

事業者	名　　称	医療法人社団玄洋会
	所　在　地	〒059－1265　北海道苫小牧市字樽前234番地
	代表者氏名	理事長　佐藤　寛
	設立年月日	昭和56年4月1日

2. 事業所の概要

開設年月日	平成22年12月1日
指定年月日	平成24年4月1日
名　　称 (事業所番号)	道央佐藤病院相談支援センター (0133601401)
所　在　地	〒053－0021　北海道苫小牧市若草町5丁目10番1号
事業所の種類	指定特定相談支援事業所
事業の目的	利用者がその有する能力及び適正に応じ、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、事業者が利用者に対して必要な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サービスを適切に提供することを目的とします。
電話番号	0144－84－5366
管理者氏名	三浦　一郎

3. 事業実施地域

苫小牧市全域

4. 営業時間

営業日・受付時間	月～金　　9時00分～17時00分 ただし、祝祭日及び12月30日から1月3日までを除く。
サービス提供時間帯	月～金　　9時00分～17時00分

5. 従業者の勤務体制

〈主な職員の配置状況〉※職員の配置については、指定基準を遵守しています。

職種	員数	備　考
1. 管理者	1人	相談支援専門員兼務
2. 相談支援専門員	3人以上	管理者兼務1人
3. 相談支援員	1人以上	

6. 相談支援の内容及び利用者が支払うべき額

(1)提供する相談支援の内容

①サービス利用計画の作成

利用者のご家庭を訪問して、利用者の心身状況、その置かれている環境等を把握した上で、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービス(以下、「福祉サービス等」という。)が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、サービス利用計画を作成します。

＜サービス利用計画の作成の流れ＞

相談支援専門員は、利用者の居宅を訪問し、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。

↓

相談支援専門員は、利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、利用者及びその家族の生活に対する意向、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目標及びその達成時期、福祉サービス等の種類、内容、量及び利用料並びに福祉サービス等を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の原案を作成します。

↓

相談支援専門員は、作成したサービス利用計画の原案に盛り込んだ福祉サービス等について、介護給付費等の対象となるか否かを区分した上で、当該サービス利用計画書の原案の内容について、利用者及びその家族に対して説明し、利用者等の同意を得た上で決定するものとします。

②サービス利用計画作成後の便宜の供与

・ 利用者及びその家族等と、原則障害福祉サービス受給者証に定められた月に面接し、経過を把握します。
・ サービス利用計画の目標に沿ってサービスが提供されるよう、福祉サービス等の事業者等との連絡調整を行います。
・ 指定障害者福祉サービス等の利用者負担額合計額を毎月算定し、利用者等及び当該障害福祉サービス等を提供した事業者等に通知します。
・ 福祉サービス等の実施状況や利用者の状況について定期的に再評価を行い、サービス利用計画の変更、支給決定の更新申請等に必要な援助を行います。

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します。

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います。

(2)利用者が支払うべき額に関する事項(利用契約書　第8条参照)

①サービス利用料金

指定計画相談支援サービスに関する利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、市町村から介護給付費額を受領する場合(法定代理受領)は、利用者の自己負担はありません。

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、厚生労働大臣が定める金額をいったんお支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。

(「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。)

②交通費

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、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く場合があります。

③利用料金のお支払い方法

前記②の料金・費用は、1か月ごとに計算し、ご請求しますので、翌月15日までにお支払い下さい。(1か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。)

7. サービスの利用に関する留意事項

(1)サービス提供を行う相談支援専門員

サービス提供時に、担当の相談支援専門員を決定します。担当の相談支援専門員が交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮します。

利用者から特定の相談支援専門員を指名することはできませんが、相談支援専門員ついてお気づきの点やご要望がありましたら、遠慮なくご相談ください。

8. 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令に基づいて、利用者の記録や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。(開示に際して必要な複写料などの諸費用は、利用者の負担となります。)

保存期間は、指定計画相談支援サービスを提供した日から5年間です。

本事業所における記録の項目は次のとおりです。

①サービス利用計画
②アセスメントの記録
③サービス担当者会議等の記録
④モニタリング結果の記録
⑤利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
⑥利用者からの苦情の内容等の記録
⑦事故の状況及び事故に際しての対応の記録

閲覧・複写の受付	月～金　9:00～17:00

9. 事故発生時の対応(利用契約書 第11条参照)

(1) 本事業所では、指定計画相談支援サービスの提供によって事故が生じた場合には、速やかに都道府県、市町村・利用者の家族等に連絡して必要な措置を講じます。

(2) サービスを提供するにあたって、事業者の責と帰すべき事由により利用者に損害を与えた場合には、速やかに賠償責任保険への手配を行い対応いたします。ただし、利用者の故意又は過失がある場合や天災等の不可抗力等、前記保険に定められている賠償対象外の事由に該当する場合は、賠償の対象とはならないことや、賠償額を減ずることがあります。

(3) 事故の状況及び事故に際して行った処置等について記録をします。

(4) 本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しています。

保険会社名　あいおいニッセイ同和損害保険㈱
保　険　名　介護保険・社会福祉事業者総合保険

10. 営業時間外の連絡先

電話番号 ： 080－1869－4853

11. 障害者虐待防止等の人権擁護の取組等

(1)虐待防止に関する担当者の選定

(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の啓発・普及するための研修の実施

(5)虐待防止・身体拘束適正化委員会の設置

このほかに定める事項については、「高齢者・障害者虐待防止マニュアル」に定めるものとします。

12. 苦情処理体制

(1) 当事業所における苦情の受付及びサービス利用等のご相談（お客様相談係）

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

〇苦情受付窓口　　苦情受付担当者　管理者　三浦　一郎

〇受　付　時　間　　毎週月曜日～金曜日　9時00分～17時00分

〇電　話　番　号　　0144－84－5366

(2) 行政機関その他苦情受付機関

苫小牧市役所 障がい福祉課	・所 在 地 ： 苫小牧市旭町4丁目5番6号 ・電話番号 ： 0144－32－6356
北海道福祉サービス 運営適正化委員会	・所 在 地 ： 札幌市中央区北２条西７丁目 北海道社会福祉総合センター ・電話番号 ： 011－204－6310 ・F A X ： 011－204－6311

(3) 苦情の受付

①苦情受付担当者は、利用者、その家族、生年後見人、連帯保証人（以下「苦情申立人」と言います。）からの苦情を受け付けます。

この際、苦情受付担当者は、次の事項を書面に記録し、その内容について必要に応じて苦情申立人に確認します。

a 苦情の内容

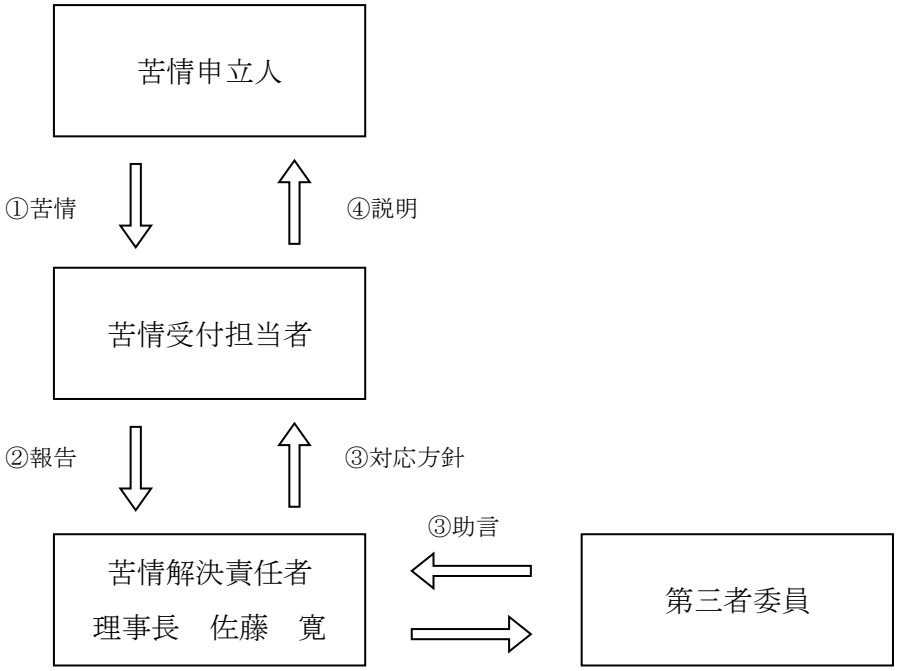
b 苦情申立人の希望

②苦情受付担当者は、受け付けた苦情は全て苦情解決責任者に報告します。

③苦情解決責任者は、必要に応じて第三者委員からの助言を受けて、受け付けた苦情に対する対応方針を定めます。

④苦情受付担当者は、苦情申立人にその対応を説明します。

（4）苦情相談体制図



説明日:　　年　　月　　日

指定特定相談支援の提供開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

説明者　　医療法人社団玄洋会　道央佐藤病院相談支援センター

職　種 _____

氏　名 _____

私は、本書面に基づいて事業者から重要事項の説明を受け、指定特定相談支援の提供開始に同意しました。

利用者　氏　名 _____

利用者の代理人　氏　名 _____

続　柄 _____