

「指定特定相談支援」及び「指定障害児相談支援」

重 要 事 項 説 明 書

本重要事項説明書は、岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター児童発達支援センターきらりと指定特定相談支援及び指定障害児相談支援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。

1 サービスを提供する事業所の概要

名 称	岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター 児童発達支援センターきらり
所 在 地	岐阜市則武1816-1
電 話 番 号	058-233-7121
設 置 者	岐阜県
代表者氏名	岐阜県知事 江崎 禎英
業 所 番 号	指定特定相談支援事業所 指定番号 2130102185 指定障害児相談支援事業所 指定番号 2170100388
事業実施地域	岐阜市、羽島市、各務原市、山県市、瑞穂市、本巣市、 羽島郡、本巣郡

※事業実施地域以外にお住まいの方でも相談できます。

2 運営方針

- ① 指定特定相談支援事業及び指定障害児相談支援事業（以下「指定特定相談支援事業等」という。）の提供に当たっては、利用者等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、利用者等の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、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、多様な事業者から総合的かつ効率的に提供されるよう配慮します。
- ② 指定特定相談支援事業等の運営に当たっては、市町村・障害福祉サービス事業者等との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善・開発に努めます。
- ③ 指定特定相談支援事業等の実施に当たっては、利用者等の意思及び人格を尊重し、常に利用者等の立場に立って、利用者等に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業を行う者に不当に偏することのないよう、公正中立に行います。

3 サービス提供日及び提供時間

① サービス提供日

月曜日から金曜日（国民の祝日、12月29日から1月3日までを除く。）

② サービス提供時間

午前9時から午後5時

4 職員体制

〈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	常 勤		非常勤		常勤 換算	保有資格
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者（センター長）		1				医師
相談支援専門員	2		1	2	2.8	社会福祉士・ 看護師・歯科 医師

岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター児童発達支援センターきらり（以下「事業所」という）では、利用者に対して指定特定相談支援事業等を提供する職員として、上記の職種の職員を配置しています。また、医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を配置しています。

5 事業所が提供するサービスと利用料金

（1）サービス内容

① 支援計画の作成

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、適切な福祉サービス等が、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、支援計画を作成します。

＜支援計画作成の流れ＞

① 相談支援専門員は、利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族に面接して利用者の心身の状況等、利用者が希望する生活や利用者が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を把握します。

② 次に、当該地域における指定障害福祉サービス事業者等に関するサービスの内容、利用料等の情報を適正に利用者又はその家族に対して提供して、利用者にサービスの選択を求めます。

③ また、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者等の選択に基づき、適切な福祉サービス等が、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるように配慮します。

④ 提供される福祉サービス等の種類、内容、量、留意事項、目標、その達成時期及び厚生労働省令で定める期間に係る提案等を記載した支援計画案を作成します。

⑤ 支援計画案の作成後は、支援計画案に盛り込んだ福祉サービス等について、介護給付費、障害児通所給付費等の対象となるか否かを区分した上で、当該支援計画案の内容について、利用者等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

⑥ 支援計画案により市町村の給付決定が行われた後に指定障害福祉サービス事業者等、その他の者と連絡調整を行うとともに、支援計画案に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集した会議を開催し当該支援計画案の内容について説明を行うとともに、各担当者から専門的な見地からの意見等を求めることとします。また、これを基に、相談支援専門員は支援計画を作成し、利用者等の同意を得た上で決定します。

② 支援計画作成後の便宜の供与

支援計画作成後、支援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、必要に応じて支援計画の変更、「福祉サービス等」事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行うとともに、新たな給付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、福祉サービス等事業者との連絡調整を行うとともに、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 支援計画の変更

利用者等が支援計画の変更を希望した場合、または事業所が支援計画の変

更が必要と判断した場合は、事業所と利用者双方の合意に基づき、支援計画を変更するとともに、そのための申請について支援します。

④ 入所施設等への紹介

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入所施設等への入院又は入所を希望する場合には、入所施設等への紹介その他の便宜の提供をします。

(2) 利用料金

① サービス利用料金

指定特定相談支援事業等に関する利用料金については、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第51条の17第2項又は児童福祉法24条の26第2項の規定により算定された計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費(※)とします。

※当該費用の額が現に指定相談支援に要した費用の額を超えるときは、当該指定相談支援に要した費用

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(※)をご負担いただきます。

※岐阜県職員等旅費条例に基づき算出した額

③ 利用料金のお支払い方法

前記①、②の費用は、1か月ごとに計算し、納入通知書にて請求しますので、利用月の翌月末までに次のいずれかの方法でお支払い下さい。

- | | |
|---|--|
| ア | 希望が丘こども医療福祉センターの受付窓口での現金支払 |
| イ | 県内金融機関からの払い込み
ご利用できる金融機関：郵便局以外の金融機関 |

6 サービスの利用に関する留意事項

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、あらかじめ利用者等に説明するとともに、利用者に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。

利用者等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、相談支援専門員についてお気づきの点や要望がありましたら、ご遠慮なくご相談ください。

7 利用者等の記録や情報の管理、開示について

事業所では、関係法令に基づいて、利用者等の記録や情報を適切に管理し、利用者等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、利用者等の負担となります。）保存期間は、指定特定相談支援サービス等の提供を終了した日から5年間です。

*当事業所における記録内容は次のとおりです。

- (1) 福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整に関する記録
- (2) 支援計画案及び支援計画
- (3) アセスメントの記録
- (4) サービス担当者会議等の記録
- (5) モニタリング結果の記録
- (6) 関係機関からの情報提供に関する記録
- (7) 契約書
- (8) 重要事項説明書
- (9) 利用者負担に関する関係書類
- (10) 利用者に関する区市町村への通知に係る記録
- (11) 利用者からの苦情内容等の記録
- (12) 事故の状況及び事故の際の処置についての記録

◇閲覧・複写ができる業務時間 午前8時30分～午後5時15分

8 苦情等の受付について

(1) 当事業所における苦情やご相談は次の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情受付窓口（担当者）

〔職 名〕 総務課課長補佐兼管理調整係長

〔氏 名〕 野崎 直樹

○ 受付時間

平日

午前8時30分～午後5時15分

○ 苦情解決責任者

〔職 名〕 所長

〔氏 名〕 徳山 剛

また、苦情受付ボックスとして「ふれあいボックス」を1階総合受付に設置しています。

(2) 行政機関その他苦情受付機関

岐阜市障がい福祉課	所在地 岐阜市司町40番地1 岐阜市役所1階 電話番号 058-265-4141 FAX番号 058-264-7613 受付時間 平日(月～金) 8:45～17:30 (土日祝日、12月29日～1月3日を除く)
-----------	---

お住まいの市町村役場障がい福祉担当課

岐阜県社会福祉協議会 (岐阜県運営適正化委員会)	所在地 岐阜市下奈良2-2-1 岐阜県福祉農業会館6階 電話番号 058-278-5136 FAX番号 058-278-5137 受付時間 平日(月～金) 9:00～17:00 (土日祝日、12月29日～1月3日を除く)
-----------------------------	--

令和 年 月 日

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

事業所名 岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター
児童発達支援センターきらり

説明者名 氏名 _____ 印

私は、本書面に基づいて重要事項の説明を受け、指定特定相談支援事業等の提供開始に同意しました。

(利用者) 住所 _____

氏名 _____ 印

※代筆の場合、代筆者の住所・氏名を併記すること。

(代理人) 住所 _____

氏名 _____ 印

(利用者家族・保護者) 住所 _____

氏名 _____ 印 (続柄:)