

一般社団法人大広福社会  
相談支援事業所ヒューマンハート  
重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定障害児相談支援サービス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。

◆◆目次◆◆

1. 事業者 .....	2
2. 事業所の概要 .....	2
3. 事業実施地域 .....	2
4. 営業時間 .....	2
5. 職員の体制 .....	3
6. 職員の職務内容 .....	3
7. 当事業所が提供するサービスと利用料金 .....	3
8. サービスの利用に関する留意事項 .....	5
9. 利用者の記録や情報の管理、開示について .....	6
10. 損害賠償保険への加入 .....	6
11. 苦情の受付について .....	6

一般社団法人大広福社会  
相談支援事業所ヒューマンハート  
当事業所は、障害児相談支援事業者の指定を受けています。  
(瑞穂市指定 第2173200094号号)

### 1. 事業者

名 称	一般社団法人大広福社会 相談支援事業所ヒューマンハート
所在地	岐阜県瑞穂市生津天王東町2丁目25番地
電話番号	058-338-1929
代表者氏名	理事長 百武 大介
設立年月	令和3年1月1日

### 2. 事業所の概要

事業所の種類	障害児相談支援事業所 令和3年1月1日指定 2173200094号
事業の目的	障がい児を対象とした障害児相談支援サービスの実施
事業所の名称	相談支援事業所ヒューマンハート
事業所の所在地	岐阜県瑞穂市別府617-8 1F
電話番号	058-374-8090
FAX番号	058-338-8060
管理者氏名	(職名) 管理者 仙人 美和子 (専任・兼任)
事業所の運営方針について	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、適切な福祉サービスが提供されるよう配慮し、運営します。
開設年月	令和3年1月1日
事業所が行なっている他の業務	なし

### 3. 事業実施地域

原則として瑞穂市・岐阜市・大垣市・羽島市・本巣市・北方町・安八町・神戸町・大野町の全域とする。
---

#### 4. 営業時間

営業日	月～金曜日（祝日、12月29日～1月3日を除く）
営業時間	午前9時00分～午後6時00分
サービス提供時間	午前9時～午後6時

#### 5. 職員の体制

〈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	指定基準	職務の内容
管理者	1名	0名	1名	1名	管理調整
相談支援専門員	1名	0名	1名	1名	計画作成

当事業所では、利用者に対して障害児相談支援サービス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。

※常勤換算：職員それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数を当事業所における常勤職員の所定勤務時間数（例：週40時間）で除した数です。（例）週8時間勤務の職員が5名いる場合、常勤換算では、1名（8時間×5名÷40時間＝1名）となります。

#### 6. 職員の職務内容

職種	職務の内容
管理者	職員の管理、障害児相談支援サービスの利用の申し込みに係る調整、業務の実施状況の把握、その他の管理を一元的に行うとともに、法令等において規定されているサービスの実施に関し、事業所の職員に対し遵守させるため必要な指揮命令を行う。
相談支援専門員	地域の利用者等からの日常生活全般に関する相談に関する業務及び障害児支援利用計画の作成に関する業務を行う。

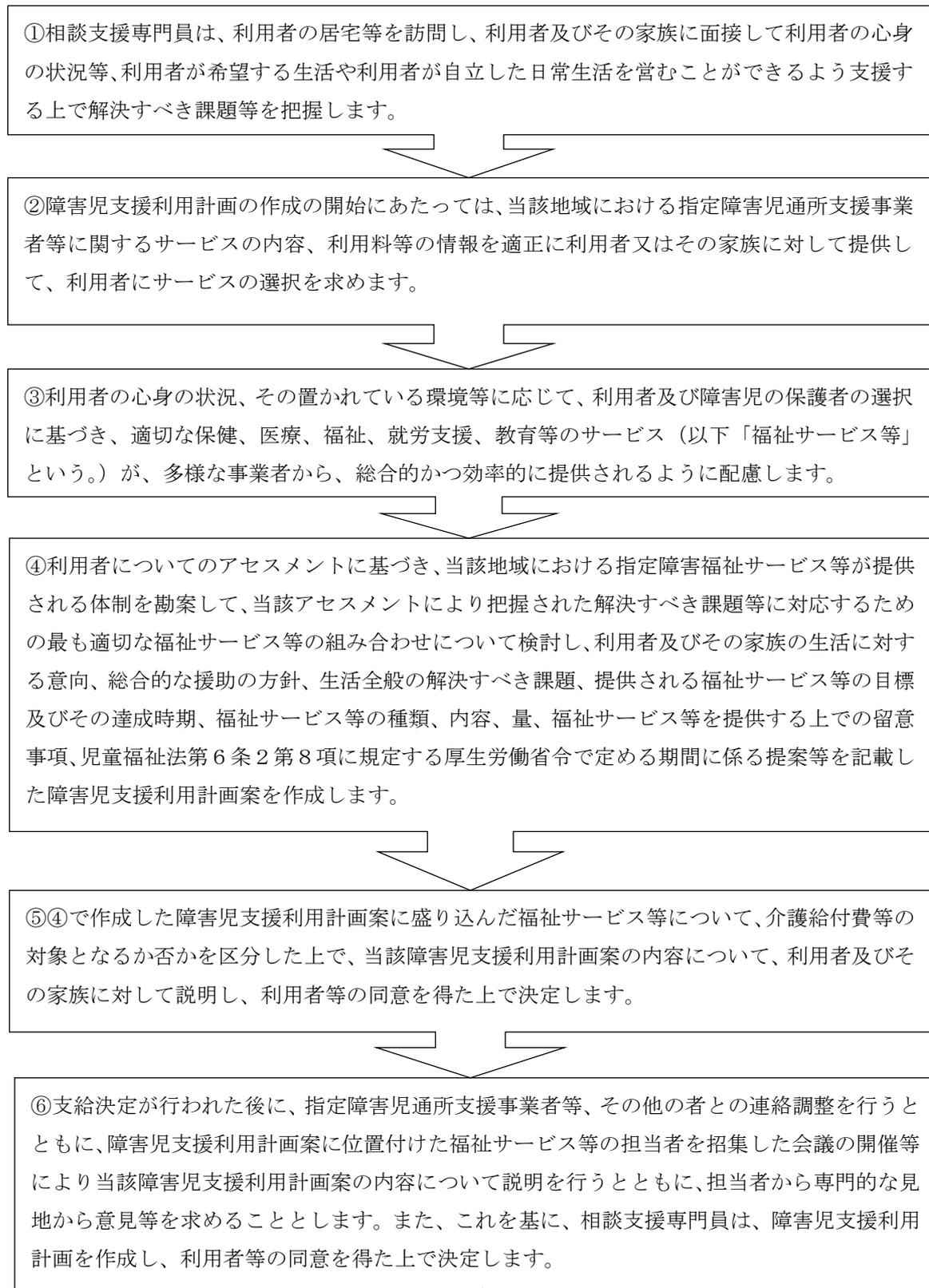
#### 7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

##### (1) サービス内容（第3条～6条参照）

##### ①障害児支援利用計画の作成

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、障害児支援利用計画を作成します。

## <障害児支援利用計画の作成の流れ>



## ②障害児支援利用計画作成後の便宜の供与

障害児支援利用計画作成後、障害児支援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、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障害児支援利用計画の変更

利用者が障害児支援利用計画の変更を希望した場合又は事業者が障害児支援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、障害児支援利用計画を変更します。

## ④障害児入所施設等への紹介

ご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ご利用者が障害児入所施設等への入院又は入所を希望する場合には、障害児入所施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。

## (2) 利用料金（契約書第7条参照）

### ①サービス利用料金

障害児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、市町村から障害児相談支援給付費を受領する場合（法定代理受領）は、ご利用者の自己負担はありません。

事業者が障害児相談支援給付費の代理受領を行わない場合は、給付費の全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区市町村に申請すると障害児相談支援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きます。

### ③利用料金のお支払い方法

前記②の費用は、1か月ごとに計算しご請求しますので、翌月15日までに相談支援事業所ヒューマンハート窓口での現金支払いをお願い致します。

## 8. サービスの利用に関する留意事項

### 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、相談支援専門員についてお気づきの点やご要望がありましたら、苦情受付担当者等にご遠慮なく相談ください。

## 9. 利用者の記録や情報の管理、開示について（契約書第9条4項参照）

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。

（閲覧時間 午前9時～午後5時）

- (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) 障害児支援利用計画案及び障害児支援利用計画
- (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に際しての採った処置についての記録

## 10. 損害賠償保険

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株式会社
保険名	介護保険・社会福祉事業者総合保険（賠償責任保険）
補償の概要	賠償保障、個人情報漏えい対応保障

1 1. 苦情等の受付について（契約書第 1 5 条参照）

(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（苦情受付担当者）  
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。

○苦情受付担当者 相談支援員 仙人 美和子

○受付時間 月曜日～金曜日（祝日、1 2 月 2 9 日～1 月 3 日を除く）  
午前 9 時～午後 6 時

○苦情解決責任者 理事長 百武 大介

(2) 行政機関その他苦情受付機関

瑞穂市役所 福祉部福祉生活課	所在地 岐阜県瑞穂市別府 1 2 8 8 番地 電話番号 0 5 8 - 3 2 7 - 4 1 2 3 受付日・時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前 9 時～午後 5 時
岐阜県運営適正化委員会	所在地 岐阜県岐阜市下奈良 2 丁目 2 番 1 号 岐阜県福祉農業会館 2 階 電話番号 0 5 8 - 2 7 8 - 5 1 3 6 受付日・時間 月～金曜日（祝日を除く） 午前 9 時～午後 5 時

令和 年 月 日

指定障害児相談支援サービス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。

管理者名

説明者職名 相談支援専門員 氏名 仙人 美和子 印

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、障害児相談支援サービスの提供開始に同意しました。

利用者住所

氏名

印

※この重要事項説明書は、厚生労働省令第 4 号（平成 2 5 年 1 月 1 8 日）第 5 条の規定に基づき、利用申込者又はその家族への重要事項説明のために作成したものです。

## 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することを同意します。

### 記

#### 1 使用する目的

事業者が、指定障害児相談支援の提供にあたり、障害福祉サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

#### 2 使用にあたっての条件

個人情報の提供は、上記1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

#### 3 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、病歴、家庭状況等事業者が相談支援を行うために最低限必要な利用者や家族個人に関する情報。
- ・ 認定調査票、主治医意見書、障害程度区分認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ その他の情報

※「個人情報」とは、利用者個人及び家族に関する情報であって、特定の個人が識別され、又は識別され得るものをいいます。

令和 年 月 日

相談支援事業所 ヒューマンハート 管理者 あて

利用者

<氏名> \_\_\_\_\_ 印

<住所> \_\_\_\_\_

保護者

<氏名> \_\_\_\_\_ 印

<住所> \_\_\_\_\_

<続柄> \_\_\_\_\_