

指定特定相談支援事業所及び指定障害児相談支援事業所  
「相談支援事業所ていらみす」  
重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所と指定相談支援（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条及び第77条の規定、「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（障害者総合支援法）に基づく指定特定相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」第5条の規定並びに「児童福祉法に基づく指定障害児相談支援の事業の人員及び運営に関する基準」第5条の規定に基づき、本事業所の概要や提供するサービスの内容その他のサービスの選択に資すると認められる重要事項をサービス利用希望者に対して説明するものです。

※ 本事業所では、利用者に対して障害者総合支援法及び児童福祉法に基づく指定相談支援を提供します。指定相談支援の利用は、原則として計画相談支援給付及び障害児相談支援給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

## 1. 事業者の概要

法人の名称	ICC・I株式会社
法人の所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町16番地6
法人の電話番号	052-627-1280
法人の代表者氏名	代表取締役 櫻井 真吾
法人の設立年月	平成21年11月5日

## 2. 事業所の概要

事業所の種類	令和5年8月1日 名古屋市指定 指定相談支援事業 事業所番号 2331100194 指定障害児相談支援事業 事業所番号 2371100187 指定一般相談支援事業 事業所番号 2331100194
事業の目的	障害者（児）の意思及び人格を尊重し、適切な相談支援を行うこと
事業所の名称	相談支援事業所ていらみす
事業所の所在地	愛知県名古屋市中熱田区三本松町16番地6
電話番号	052-627-5000
管理者氏名	管理者 大島 加直子
事業所の運営方針について	障害者（児）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、当該利用者の身体状況、その置かれている環境等に応じて利用者又はその保護者の選択に基づき、適切な障害福祉サービス等が多様な事業者から総合的かつ効果的に提供されるよう援助を適切に行うものとする。
開設年月	令和5年8月1日

## 3. 事業実施地域

名古屋市全域

## 4. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日から金曜日。（祝日、年末年始を除く）
受付時間	午前9時から午後6時

## 5. 職員の体制

職 種	勤務形態	人 数	職務内容
-----	------	-----	------

管理者兼相談支援 員	常勤兼務	1 名	従業者の管理及び業務の管理
---------------	------	-----	---------------

## 6. 指定特定相談支援及び指定障害児相談支援の提供方法及び内容

(1) サービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成します。

【計画作成までの流れ】

(2) 計画等作成後の便宜の供与

- ・ 利用者及びその家族等と計画実施後3カ月間は毎月1回面接又は電話等で経過を把握します。その後は状況に応じ半年、1年に1回の面接または電話等で経過を把握します。
- ・ 指定相談支援における計画等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。
- ・ 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、指定相談支援における計画等の変更、支給決定の更新申請等に必要な援助を行います。

(3) 計画等の変更

利用者が指定相談支援における計画等の変更を希望した場合、または事業者が指定相談支援における計画等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、指定相談支援における計画等を変更します。

## 7. 利用料金

### ①利用料金

指定相談支援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、市町村から計画相談支援給付費及び障害児計画相談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。

### 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①（代理受領を望まない場合）、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10日までに窓口での現金支払いでお支払い下さい。

## 8. 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、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に十分に配慮します。

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、管理者が苦情受付窓口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10条4項参照）

本事業所では、関係法令等に基づいて、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、指定相談支援を提供した日から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) 指定相談支援における計画
- (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、複写ができる窓口営業時間は月曜日～金曜日の9:00～17:00です。

## 10. 事故発生時の対応

- (1) 相談支援の実施にあたって利用者の生命・身体・財産に損害を与えた場合には、その損害を賠償します。ただし、事業所またはその従業員の責めに帰すべき事由によらない場合にはこの限りではありません。
- (2) 事業所は、事故が発生した場合、速やかにご家族に報告するとともに名古屋市にも報告させていただきます。

## 11. 苦情等の受付について（契約書第16条参照）

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、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。

- 常設窓口：相談支援事業所ていらみす 連絡先：052-627-5000
- 苦情受付窓口：（担当者）、相談支援員 大島 加直子
- 苦情解決責任者 大島 加直子
- 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～18:00

- ◎ 行政の相談窓口：名古屋市健康福祉局障害福祉部障害者支援課
- ◎ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:45～17:30 TEL：052-238-0567
- ◎ 行政の相談窓口：子ども青年局子育て支援部子ども福祉課子ども発達支援係
- ◎ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:45～17:15 TEL：052-972-2520
- ◎ 社会福祉法人 愛知県社会福祉協議会 運営適正化委員会
- ◎ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 9:00～17:00 TEL：052-212-5515

## 12. 虐待の防止のための措置

本事業所では、利用者に対する虐待を早期に発見して迅速かつ適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

- (1) 虐待の防止に関する責任者の選定 【虐待防止責任者】大島 加直子
- (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. 契約の終了について

- (1) 利用者はいつでも申し出ることにより、この契約を解除することができます。
- (2) 当事業所は次の事由に当てはまる場合、利用者に対して、文書で通知することによりこの契約を直ちに解約することができます。

- ①利用者または家族が、事業所や職員又は他の利用者に対して、この契約を継続し難いほどの背信行為（障害福祉におけるハラスメント対応マニュアルに定義する、身体暴力（叩く等）及び精神的暴力（大声を発する、怒鳴る等）並びにセクシュアルハラスメント（必要もなく手や腕を触る、性的発言）のハラスメント行為を含む）を行い、その状態が改善されない場合。

## 14. サービスの提供の記録

本事業所では、指定相談支援を提供した際、提供日、内容その他の必要な事項を記録し、利用者の確認を受けております。また、利用者が他の指定相談支援事業所の利用を希望する場合その他利用者からの申出があった場合には、指定相談支援の実施状況等に関する書類を交付します。

令和 年 月 日

計画相談支援及び障害児計画相談支援の提供にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項の説明を行いました。

事業者

(所在地) 愛知県名古屋市熱田区三本松町16番地6  
(名称) ICC・I株式会社  
(代表者) 代表取締役 櫻井 真吾 印

説明者

(事業所) 相談支援事業所ていらみす  
(職氏名) 大島 加直子 印

私は、契約書及び本書面により、事業者から指定特定相談支援の提供にあたり、重要な事項の説明を受け、同意しました。

利用者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

利用者は、身体状況等により署名ができないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって、その署名を代筆しました。

代筆者

住所: \_\_\_\_\_

氏名: \_\_\_\_\_ 印

(続柄)