

医療法人愛命会 地域生活支援センターウイング

サービス利用契約書 兼 重要事項説明書

(指定特定相談支援事業/指定一般相談支援事業)

相談支援サービス提供開始にあたり、当事業所の概要や提供されるサービス内容、契約上ご留意いただきたいことを次の通り説明致します。

1. 事業所経営法人

名 称	医療法人 愛命会
所 在 地	山口県光市島田5-3-1
電 話 番 号	0833(77)1658
代表者氏名	理事長 吉田 延
設立年月日	昭和 30 年 7 月 1 日

2. 事業所の概要

事 業 指 定	指定特定相談支援事業(事業所番号 3536300217) 事業所指定年月日 平成 24 年 4 月 1 日 指定一般相談支援事業(事業所番号 3536300217) 事業所指定年月日 平成 25 年 4 月 1 日
事業所の名称	地域生活支援センター ウイング
事業所の所在地	山口県周南市泉原町10-1
電 話 / FAX 番 号	TEL 0834(21)4573 / FAX 0834(21)4510
事業所管理者	施設長 羽部 真彦
サービスの実施地域	周南市、下松市、光市
サービスの種類	指定特定相談支援 (計画相談支援) 指定一般相談支援 (地域移行支援)
サービスの目的・内容	利用契約者が、地域において自立した日常生活または社会生活を営むことが出来るよう、必要な地域移行支援サービス及び計画相談支援サービスを提供致します。
事業所の運営方針	利用契約者の意思及び人格を尊重し、自立した生活を営むことが出来るよう、関係機関と連携を図り、利用契約者の立場に立ったサービスの提供に努めます。

3. 事業所の営業日及び営業時間

営業日	月曜日～土曜日(日祝及び盆・年末年始は休み)
営業時間	午前8時15分～午後4時45分

4. 事業所の職員の体制

職 種	常勤(名)	資格等
管 理 者	1	精神保健福祉士等
相談支援専門員	2(管理者含む)	精神保健福祉士等
相 談 員	2	

5. サービス提供の主な内容

指定特定相談支援(計画相談支援)

(1) サービス等利用計画書の作成

- ① 利用契約者及び家族等の希望ならびに利用契約者について把握された解決すべき課題に基づき、サービス等利用計画書の原案を作成します。
- ② 事業者は障害福祉サービス等の担当者を招集して「サービス担当者会議」を開催し、障害福祉サービスの利用について調整します。
- ③ サービス等利用計画書に位置づけた障害福祉サービス等について、支給給付の対象の有無を区分した上で、その種類・内容・利用料等について利用契約者及びその家族等に対して説明し、同意を得た上で決定します。

(2) サービス等利用計画書作成後の便宜の供与

- ① 利用契約者及び家族等及び障害福祉サービス事業者との連絡を継続的に行い、サービス等利用計画書の実施状況を把握し、定期的に再評価します。
- ② サービス等利用計画書の目標に沿ってサービスが提供されるよう、障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行います。
- ③ 利用契約者の意見を踏まえて障害支援区分認定の更新申請等に必要な援助を行います。

(3) サービス等利用計画の変更

利用契約者がサービス等利用計画書の変更を希望した場合、または事業者がサービス等利用計画書の変更が必要だと判断した場合は、利用契約者と事業者双方の合意に基づきサービス等利用計画書を変更します。

指定一般相談支援

(1)地域移行支援計画の作成

- ① 施設入所者及び精神科病院入院者を対象とし、地域移行支援の利用希望及び家族の意向、解決すべき課題を把握した上で、地域移行支援計画を作成します。
- ② 事業者は、医療関係、障害福祉サービス等の担当者を招集して「地域移行支援会議」を開催し、地域移行支援計画に沿った支援内容を利用契約者、家族、支援者と共に検討します。
- ③ 事業者は、利用契約者、家族、各関係者と連携し、地域移行を進めていきます。

(2)地域移行支援サービス終了後の便宜の付与

地域移行支援サービス終了後も、適宜指定特定相談支援(計画相談支援)等の利用調整を行い、利用契約者が継続した地域生活を営むことが出来るよう支援します。

6. 利用料金

事業者が提供する指定特定相談支援及び指定一般相談支援に関する利用料金については、事業者が法律の規定に基づいて市町村からサービス料金に相当する給付を受領するため、利用者の自己負担はありません(法定代理受領)。なお、受領した利用料の額については、利用者に通知します。

7. 守秘義務

(1)事業者及び職員は、業務上知り得た利用契約者またはその家族等に関することについて、正当な理由なく第三者に開示することはありません。

ただし、次の各号については必要に応じて提供することがあります。

- ① 事業者は、利用契約者に医療上、緊急の必要性がある場合には、医療機関等に利用者に関する心身等の情報を提供できるものとします。
- ② 利用契約者に関わる他事業者等との連携を図るなど、正当な理由がある場合には、利用契約者またはその家族等の個人情報を用いることが出来るものとします。

(2)職員でなくなった後においても、これらの秘密を守る旨を職員との雇用契約の内容に含むものとします。

8. 契約期間

本契約の契約期間は、契約書記載欄に表記した期間から利用契約者の計画相談支援給付および一般相談支援給付費の支給有効期間満了日までとします。

ただし、契約満了日までに、利用契約者から事業者に対して、文書または口頭による契約終了の申し出がない場合、契約は自動更新されるものとします。

9. 契約の終了

本契約は、以下の各号に基づく契約の終了が生じた場合に終了するものとします。

- ① 利用契約者が死亡した場合
- ② 事業者が解散命令を受けた場合、破産した場合またはやむを得ない事由により事業所を閉鎖した場合。
- ③ 事業者が指定を取り消された場合または指定を辞退した場合
- ④ 項目10、11に基づき、本契約が解約または解除された場合

10. 利用契約者からの中途解約・契約解除

利用契約者は本契約の有効期間中、本契約を解約することができます。この場合には利用契約者は終了を希望する日の30日前までに事業者へ通知するものとします。

利用契約者は、事業者もしくは職員が以下の事項に該当する行為を行った場合には、ただちに本契約を解除することができます。

- ① 事業者もしくは職員が正当な理由なく本契約に定めるサービスを実施しない場合
- ② 事業者もしくは職員が項目7に基づく守秘義務に違反した場合
- ③ 事業者もしくは職員が故意または過失により、利用契約者もしくはその家族の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情が認められる場合

11. 事業者からの契約解除

事業者は、利用契約者が以下の事項に該当する場合には本契約を解除することができます。

- ① 利用契約者が、故意または重大な過失により、事業者もしくは職員の生命・身体・財物・信用を傷つけることなどによって、本契約を継続しがたい重大な事情を生じさせ、その状況の改善が見込めない場合。
- ② 利用契約者が通常の事業の実施地域以外に転居した場合

12. 虐待防止

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の防止等の為、責任者を設置する等必要な体制の整備を行うとともに、職員に対し、研修を実施する等の措置を講じます。

【虐待防止責任者】 羽部 真彦(管理者)

13. 事故発生時の対応

利用契約者に対する相談支援サービスの提供により事故が生じた場合には、速やかに都道府県、支給決定をした市、利用者等の家族等に連絡し必要な対応を行います。

事業者は、相談支援サービスを提供するにあたって、事業者の責任と認められる事由によって利用者に損害を与えた場合には、利用者の損害を賠償します。

14. 苦情の受付について

利用契約者は、本契約に基づく相談支援サービスに関して、下記(1)(2)の苦情受付窓口で苦情を申し立てることができます。

(1) 当事業所における苦情の受付

当施設における苦情やご相談は、以下の担当で受け付けます。

苦情受付担当者	地域生活支援センターウイング 相談支援専門員 藤本 美紀
受付時間	月曜日～土曜日 午前8時15分～午後4時45分
苦情解決責任者	地域生活支援センター ウイング施設長 羽部 真彦
第三者委員	内山 温子(精神保健福祉士)・藤本 真樹(社会福祉士)

(2) 行政機関その他苦情受付機関

周南市役所 障害者支援課	所在地	周南市岐山通1-1
	連絡先	TEL(0834)22-8463 FAX(0834)22-8464
下松市役所 障害福祉係	所在地	下松市大手町3-3-3
	連絡先	TEL(0833)45-1837 FAX(0833)41-1515
光市役所 障害福祉係	所在地	光市光井2-2-1 「あいぽーく光」
	連絡先	TEL(0833)74-3001 FAX(0833)74-3070
山口県 社会福祉協議会	所在地	山口市大手町9-6
	連絡先	TEL(083)924-2837 FAX(083)924-2793

私は、契約書及び本書面に基ついて、地域生活支援センターウイングより重要事項及び契約内容の説明を受けました。

当事業所が提供する相談支援サービス(指定特定相談支援・指定一般相談支援)を受けることに同意し、当事業所との間に利用契約を締結致します。

なお、契約を証するため、本書2通を作成し、利用契約者、事業者が記名捺印の上、各1通を保有するものとします。

契約締結日 平成 年 月 日

利用 者

住 所

氏 名

印

家 族 ・ 代 理 人

住 所

氏 名

(続柄)

印

当事業所は、相談支援サービスの提供にあたり、契約内容及び重要事項について説明し、利用者との間に契約を締結致しました。

事 業 者

住所 周南市泉原町10-1

名称 医療法人 愛命会

地域生活支援センターウイング

代表者名

理事長

吉田 延

印

説明者

印