

川口市障害者相談支援センターきらり 相談支援 重要事項説明書
(令和8年4月1日現在)

あなたに対する相談支援の提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて本事業所があなたに説明すべき内容は次のとおりです。

1 サービスを提供する事業者

| | |
|-----------|------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人川口市社会福祉事業団 |
| 所 在 地 | 埼玉県川口市大字赤井1055番地 |
| 電 話 番 号 | 048(229)3387 |
| 代 表 者 氏 名 | 理事長 池田 誠 |
| 設 立 年 月 | 昭和59年4月1日 |

2 事業所

| | |
|-----------|---|
| 事業所の名称 | 川口市障害者相談支援センターきらり |
| 指定事業所番号 | 一般相談支援 1130200031 (平成18年10月1日指定) 特定相談支援 1130200031 (平成24年4月1日指定) 障害児相談支援 1170201097 (令和2年2月1日指定) |
| 事業所の所在地 | 〒334-0012 埼玉県川口市八幡木1-19-5 |
| 電 話 番 号 | 048(287)1210 |
| 管 理 者 氏 名 | 鈴木 智 |
| 開 設 年 月 | 平成24年4月1日 |

3 職員体制

| 職種等 | 員数 | 常勤 | | 非常勤 | | 常勤換算 | 備考 |
|---------|----|----|----|-----|----|------|----|
| | | 専従 | 兼務 | 専従 | 兼務 | | |
| 管理者 | 1 | | 1 | | | 1.9 | |
| 相談支援専門員 | 3 | | 3 | | | | |

4 サービス提供地域

川口市域

5 営業時間

月曜日から金曜日（国民の祝日・休日及び12月29日から翌年1月3日までを除く）午前8時30分から午後5時まで

6 提供するサービス内容について

(1) 計画相談支援（サービス利用支援・継続サービス利用支援）

利用者との面接やサービス提供事業者との連絡調整を行い、サービス等利用計画を作成します。支給決定後は計画の見直しを行います。

(2) 地域相談支援（地域移行支援・地域定着支援）

精神科病院に入院している精神障害者へ、地域生活の準備のための住居の確保、外出同行支援。入居支援等を行います。

退院後は、居宅において、単身で生活されるかたを対象に、常時の連絡体制の確保、緊急時の相談、対応を行います。

(3) 障害児相談支援（障害児支援利用援助・継続障害児支援利用援助）

障害児またはその保護者の障害児通所支援の利用に関する意向その他の事情を勘案し、障害児支援利用計画を作成する。

7 利用料金について

| | |
|-----------------------------|--|
| 計画相談支援 地域相談支援 障害児相談支援 | 当事業所が市町村からサービス利用料金に相当する給付を全額受領（法定代理受領）するため、利用者の自己負担はありません。 |
| 交通費 | 通常の事業の実施地域以外の施設、病院、居宅等を訪問する場合、または同行支援を行う場合は、必要な交通費をいただきます。ご負担いただく場合は、事前に利用者へ説明を行い、同意を頂きます。 |
| その他の費用 | 利用者の便益を向上させるものであつて、利用者へ支払いを求めることが適当なものは、事前に利用者へ説明を行い、同意を頂いたうえで、ご負担いただきます。 |

8 苦情等の受付及び相談窓口について

(1) 当事業所における苦情等の受付

| | |
|-----------------|---|
| 本事業所 ご利用相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者 所長 戸嶋 正樹 ・苦情受付担当者 管理者 鈴木 智 ・ご利用時間 8：30 ～ 17：00 ・電話番号 048（287）1210 F A X 048（287）5020 |
|-----------------|---|

(2) 第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）

当施設では、地域にお住まいの方を第三者委員（福祉サービス調整委員）として選任し、地域住民の立場から当施設のサービスに対するご意見などをいただいています。利用者は、当施設への苦情やご意見を第三者委員（福祉サービス調整委員）に相談することもできます。

| | | |
|--------------------|---|-----------------------|
| すがわら ひろたか 菅原 啓高 | ・ 弁護士 | 【事務所】 048-240-0725 |
| たはら ひろゆき 田原 浩之 | ・ 川口市民生委員児童委員協議会 理事 ・ 中央地区民生委員児童委員協議会 会長 | 048-222-4123 |
| かさばら ひろし 笠原 博 | ・ 川口地区保護司会副会長 | 048-266-1883 |

第三者委員（福祉サービスの苦情解決制度）を利用するには施設の担当者または本部事務局へご相談ください。始めに、苦情受付担当者が相談に応じます。

直接言いづらい、解決されないなど、施設と利用者との話し合いで解決できない問題について、この制度の利用を希望する場合、職員にその旨をお伝えいただくか、本部事務局へご相談ください。

施設の担当者または本部事務局から第三者委員（福祉サービス調整委員）へ連絡・調整をして、解決を図ります。

| | |
|-------|---|
| 本部事務局 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：埼玉県川口市大字赤井1055番地 ・電話番号：048（229）3387 |
|-------|---|

(3) 行政機関その他苦情受付機関

| | |
|-----------------|--|
| 川口市役所 障害福祉課 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：埼玉県川口市青木2-1-1 ・電話番号：048（258）1110 |
| 埼玉県 運営適正化委員会 | <ul style="list-style-type: none"> ・所在地：埼玉県さいたま市浦和区針ヶ谷4-2-6 5 彩の国すこやかプラザ1階 ・電話番号：048（822）1243 ・F A X：048（822）1406 |

9 虐待防止のための措置

(1) 虐待防止に関する相談窓口

| | |
|------------------|--|
| 虐待防止に関する 相談窓口 | <ul style="list-style-type: none"> ・虐待防止責任者 所長 戸嶋 正樹 ・虐待防止担当者 管理者 鈴木 智 ・ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：00 ・電話番号 048（287）1210 ・F A X 048（287）5020 |
| | <ul style="list-style-type: none"> ・川口市障害者虐待防止センター(川口市役所障害福祉課内) ・ご利用時間 平日 8：30 ～ 17：15 相談専用電話 048（259）7926(直通) F A X 048（259）7943 ・夜間及び休日の相談・通報について 川口市役所 048（258）1110(代表)まで ご連絡ください。 |

(2) 虐待を受けたと思われる障がい者を発見した場合は、以下の対策を講じます。

- ① 上記、川口市障害者虐待防止センターへ通報します。
- ② 成年後見制度の利用を支援します。
- ③ 虐待防止について、従業員に対する虐待防止を啓発・普及するための研修を実施しています。
- ④ 虐待防止の対策を検討する委員会を年1回以上開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。

10 業務継続計画の策定

感染症や非常災害の発生において、利用者に対する障害福祉サービスの提供を継続的に実施するため、及び非常時の体制で早期の事業再開を図るための計画を策定し、必要な措置を講じます。

- ① 従業員に対し業務継続計画について周知し、必要な研修及び訓練を定期的実施しています。
- ② 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行っています。

11 衛生管理

感染症が発生、まん延しないように次の措置を講じます。

- ① 感染症及びまん延防止のための対策を検討する委員会を定期的開催し、その結果について従事者に周知徹底を図っています。

- ② 感染症のまん延防止のための指針を整備しています。
- ③ 感染症のまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施しています。

1 2 事故発生時の対応

サービス提供により事故が発生した場合は、市町村、身元引受人等に連絡するとともに、必要な措置を講じます。

また、サービスの提供により、賠償すべき事故が発生した場合は、速やかに損害賠償いたします。

なお、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 |

相談支援サービスの提供開始に当たり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて重要事項の説明を行いました。

事業者

〔事業者名〕 社会福祉法人川口市社会福祉事業団

〔所在地〕 埼玉県川口市大字赤井1055番地

〔説明者〕 所属 川口市障害者相談支援センターきらり
氏名 印

私は、契約書及び本書面に基づいて、事業者から相談支援サービスについての重要事項の説明を受け、相談支援サービスの提供開始に同意しました。

令和 年 月 日

利用者

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

身体状況により署名ができないため、利用者本人の意思を確認したうえ、利用者に代わって、その署名を代筆しました。

(代理人または立会人等)

〔住所〕 _____

〔氏名〕 _____

〔続柄 (利用者との関係)〕 _____