2026.06.01

特定相談支援・障害児相談支援重要事項説明書

1 事業者

事業者の名称	有限会社　シルバン
法人 所在地	〒272-0826　千葉県市川市真間二丁目９番５号
法 人 種 別	有限会社　　シルバン
代表者 氏名	代表取締役　佐藤　八重子
電 話 番 号	０４７－３２５－８３８５
FAX 番 号	０４７－３２５－８３８６
ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ	www.shiruban.co.jp
法人設立年月日	平成１３年１０月１９日　(2001/1/19)

2 利用者にたいしての指定特定相談支援・障害児相談支援を実施する事業所

(1)事業所の所在地等

事　業　所　名	シルバン介護センター	
所　　在　　地	千葉県市川市真間二丁目９番５号	
電 話 番 号	０４７－７００－５９３８	
緊急電話対応		有り　(24 時間連絡体制の確保)
	○	無し　(サービス利用支援費（Ⅰ))
FAX 番号	０４７－３２４－３０８３	
指定事業所番号	特定相談支援　　市川市　1232700383　号 障害児相談支援　市川市　1272700244　号	
事業所開設日	平成２７年５月１日　(2015/5/1)	
営業時間	午前９時～午後６時　　平日 原則として、土日祝祭日および８月１３日～１５日、 年末年始（１２月３０日～１月３日）を除く	
サービス提供地域	市川市 松戸市一部地域（高塚新田･串崎新田･日暮･秋山･矢切･栗山） ※その他地域については要相談	
第三者評価の実施状況	なし	

(2) 事務所の職員体制

従業員の職種	区分	業務内容	人数
管理者	常勤・兼務	事業所の運営及び業務全般の管理	１名
相談支援専門員	常勤	利用者からの日常生活全般に関する相談、サービス等利用計画の作成に関する業務	１名以上
事務職員	常勤	給付費等請求事務・通信連絡事務等	１名以上

(3)事業の目的及び運営の方針

利用者に対し適切な特定相談支援･障害児相談支援サービスを提供することを目的とします。その　運営に際しては、利用者の有する能力や、おかれている環境等を把握した上で適切な保健、医療、就労支援、教育等のサービスが総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して総合的な支援を行います。

また、関係市町村や基幹相談支援センター、地域包括支援センター及び障害福祉サービス等と綿密な連携および連絡調整を行い、実施状況の把握に努めます。

３ 相談支援の内容

アセスメントシートを使用し、厚生労働省の標準課題項目に準じて利用者の居宅を訪問し、適切な期間に計画の実施状況の把握を行い、又、現任研修等、資質向上のため必要な研修に計画的に参加します。

(1)サービス等利用計画の作成

・利用者の居宅を訪問し、利用者の心身の状態を適切な方法により把握の上利用者自身やご家族の希望を踏まえ、「サービス等利用計画書」を作成します。
・当該地域における利用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サービスの選択を求めます。

(2)障害福祉サービス事業所等との連絡調整

利用者のサービス等利用計画に基づくサービスの提供が確保されるよう、利用者又はその家族、障害福祉サービス事業者等との連絡調整を継続的に行い、サービス等利用計画の実施状況を把握します。

(3)サービス実施状況把握

・利用者宅に訪問し又は家族と連絡を取り、経過の把握に努めます。
・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に経過の把握又は連絡調整を行います。

(4)利用状況の把握

利用者の状態について定期的に再評価を行い､状態の変化等に応じてサービス等計画変更の支援、障害支援区分・支給量等変更申請の支援等の必要な対応をします。

(5)給付管理

事業者は､サービス等利用計画書作成後､その内容に基づき毎月給付管理票を作成し千葉県国民健康保険団体連合会に提出します。

(6)障害福祉サービス受給者証申請に対する協力、援助

・事業者は、利用者の更新申請及び状態の変化に伴う区分変更の申請を円滑に行えるよう利用者を援助します。

・事業者は、利用者が希望する場合は、障害福祉サービス受給者証等の申請を利用者に代わって行います。

(7)相談業務

利用者が施設等に入所を希望される場合、又は介護保険に移行の際、事業所紹介をいたします。

(8)基幹型相談支援センター等との連携について

基幹支援センター等から支援が困難な事例を紹介された場合においても相談支援を行います。

その他、サービス等利用計画書作成に関する必要な支援を行います。

※(1)～(8)の内容は特定相談支援専門員支援の一連業務として対象となります。

4 利用料金について

職員の配置を行っている場合

サービス利用支援

要介護度区分 取扱い件数区分	適用	計画相談支援	障害児相談支援
機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) 職員4人以上配置		2104単位 22.302円	2201単位 23.330円
機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) 職員3人以上配置		1914単位 20.288円	2101単位 22.270円
サービス利用支援費(Ⅰ)	○	1572単位 16,663円	1766単位 18,719円

継続サービス利用支援

要介護度区分 取扱い件数区分	適用	計画相談支援	障害児相談支援
機能強化型サービス利用支援費(Ⅰ) 職員4人以上配置		1713単位 18.157円	1896単位 20097円
機能強化型サービス利用支援費(Ⅱ) 職員3人以上配置		1661単位 17.606円	1796単位 19037円
サービス利用支援費(Ⅰ)	○	1308単位 13,864円	1448単位 15,348円

※居宅介護支援費重複減算
居宅介護支援と一体的にサービス利用支援又は継続サービス利用支援おこなった場合減算となる。

事業加算

地域事業加算	市川市は地域区分５級地　(1 単位)	10.60 円
福祉・介護職員等 処遇改善加算	職場環境改善等の要件を満たした事業所である事	5.1%
初 回 加 算	新規にサービス等利用計画を作成した場合	300 単位 3,180 円
入院時情報提供加算(Ⅰ)	病院又は診療所へ訪問して職員に対して必要な情報提供を行った場合	300 単位 3,180 円
入院時情報提供加算(Ⅱ)	病院又は診療所訪問以外で職員に対して必要な情報提供を行った場合	150 単位 1,590 円
退院・退所加算	医療機関等の多職種からの情報収集や退院・退所時のカンファレンスへの参加を行った上で利用計画書を作成した場合　(３回を限度として１回につき) (初回加算と選択することとし、併給不可)	300 単位 3,180 円
医療・保育・教育機関等 連携加算 (継続サービス利用支援)	福祉サービス提供機関の職員等と面談又は会議をおこない利用者に関する必要な情報の提供を受け且つ病院等に通院するに当たり、当該病院等の職員に対して利用者の心身の状況、生活環境等の利用者に係る必要な情報を提供した場合(算定回数については月３回、同一の病院等については月１回を限度とする)	300 単位 3.180 円
医療・保育・教育機関等 連携加算 (サービス利用支援)	福祉サービス提供機関の職員等と面談又は会議をおこない利用者に関する必要な情報の提供を受けた上利用計画書を作成した場合	200 単位 2,120 円
サービス担当者会議 実施加算	利用者の居宅等を訪問し、面接するとともに福祉サービス担当者を招集して利用者等の心身の状況等サービスの提供の確認、計画の変更その他の必要な便宜の提供について検討をおこなった場合(1 月に１回算定)	100 単位 1,060 円
サービス提供時 モニタリング加算	利用者が利用する障害福祉サービス等の提供現場を訪問し提供状況を確認し及び記録した場合(月１回)	100 単位 1,060 円
緊急時等 居宅カンファレンス加算	病院又は診療所の求めにより当該病院又は診療所の職員と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて居宅サービス等の利用調整を行った場合	200 単位 2,140 円
精神障害者支援体制加算 (Ⅰ)　①・②	①　地域生活支援事業による精神障害者の障害特性及びこれに応じた支援技法に関する研修を修了した相談支援専門員を事業所に配属した上でその旨公表している場合 ②　利用者が通院する病院等における看護師(精神障害者の支援に関する一定の研修を)又は修了した者に限る)又は精神保健福祉士と連携する体制が構築されており、かつ、当該相談支援専門員により、精神障害者に対して現に指定計画相談支援をおこなっている場合	60 単位 636 円
精神障害者支援体制加算 (Ⅱ)　①		30 単位 48 円

集中支援加算	継続サービス利用支援を実施する月以外の月において①～⑤のいずれかの業務を行った場合 ① 障害福祉サービス等の利用に関して利用者等の求めに応じて月 2 回以上利用者の居宅等に面接する場合(テレビ電話装置等を活用して面接した場合も含む、ただし 月 1 回は利用者の居宅等を訪問して面接する事を要する) ② サービス担当者会議の開催:利用者本人や関係機関が参加する会議を開催すること ③ 関係機関の会議への参加:病院や企業などの関係機関が主催する会議に参加すること ④ 利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問して当該病院等の職員に対して利用者の状況、生活環境等の利用者に係る必要情報を提供した場合(算定回数については月 3 回、同一の病院等については月 1 回を限度とする) ⑤ 福祉サービス等提供機関からの求めに応じて福祉サービス等提供機関に対して利用者に関する必要な情報を提供した場合(病院及び訪問看護の事業所又はそれ以外の福祉サービス等提供機関の区分ごとにそれぞれ 1 回を限度とする)	①～④ 300 単位 3,180 円 ⑤ 150 単位 1590 円

※厚生労働大臣が定める基準に準ずる。
※１円未満の金額につきましては国の基準により算出されます。実際の算出時は端数処理で誤差が生じる場合があります。

5 その他の費用について

交通費	利用者の居宅が、通常の事業の実施地域以外の場合、運営規程の定めに基づき、交通費の実費を請求いたします。 なお、自動車を使用した場合は１回当たり 500 円で算定した往復交通費を請求いたします。

6 特定相談支援の提供にあたっての留意事項について

(1) 利用者は、特定相談支援専門員に対して複数の障害福祉サービス事業者等の紹介を求めることや、サービス等利用計画に位置付けた障害福祉サービス事業者等の選定理由について説明を求めることができますので、必要があれば遠慮なく申し出てください。

(2) 特定相談支援提供に先立って、障害福祉サービス受給者証に記載された内容（モニタリング期間・障害支援区分・支給決定期間・負担上限月額・支給量等）を確認させていただきます。利用者の住所などに変更があった場合は速やかに当事業者にお知らせください。

(3) 利用者が申請を受けていない場合は、利用者の意思を踏まえて速やかに当該申請が行われるよう必要な援助を行います。また、更新の申請が、遅くとも利用者が

受けている有効期間が終了する 30 日前にはなされるよう、必要な援助を行うものとします。

(4) 病院等に入院しなければならない場合には、退院後の在宅生活への円滑な移行を支援等するため、早期に病院等と情報共有や連携をする必要がありますので、病院等には担当する特定相談支援専門員の名前や連絡先を伝えてください。

7 虐待の防止について

事業者は、利用者等の人権の擁護・虐待の防止等のために、次に掲げるとおり必要な措置を講じます。

(1)虐待防止に関する責任者を選定しています。

虐待防止に関する責任者	管理者　佐藤　八重子

(2)成年後見制度の利用を支援します。

(3)苦情解決体制を整備しています。

(4)従業者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。

(5)虐待の未然防止のための対策検討する委員会を定期的に開催し、その結果について従業者に周知徹底を図ります。

(6)虐待の防止の為指針を整備しています。

8 身体的拘束等の原則禁止について

サービス提供にあたって、生命又は、身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束、行動を制限する行為（以下「身体的拘束等」という）を行いません。 緊急やむを得ず身体的拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録します。

9 ハラスメント防止対策

事業者は、利用者に対してより良い支援を実現するために、ハラスメント防止対策に取り組みます。

(1)事業者は、職場におけるハラスメントの内容、職場におけるハラスメントを行ってはならない旨の方針を明確化して従業者に周知し、研修を実施します。

(2)事業者は、ハラスメントの相談（苦情を含む）に応じ、適切に対応するために必要な体制の整備・相談への対応のための窓口をあらかじめ定め、従業者に周知します。

(3)パワーハラスメント、セクシャルハラスメント、カスタマーハラスメント行為が利用者やその家族から従業員にあった場合には、契約の解除や法的な措置を取る場合があります。

(4)具体的なハラスメントの例

暴力または乱暴な言動	殴る・蹴る・物を投げつける・大声で怒鳴る・脅迫・侮辱・刃物を向ける　など
セクシュアルハラスメント	不必要な体への接触・性的な言動　など
その他カスタマーハラスメント等	過大な要求・理不尽な要求・従業員や他者の個人情報を求める・写真動画撮影　など

１０ 感染対策

事業者は、感染症の発生及びまん延等に関する取組の徹底を求める観点から委員会の開催、指針の整備、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に取り組みます。

(1)感染対策委員会

事業者は、構成メンバーの責任及び役割分担を明確にするとともに、専任の感染対策担当者をおき、おおむね半年に１回定期的に委員会を開催するとともに、感染症が流行する時期等を勘案して必要に応じ随時開催するものとします。

(2)感染症の予防及びまん延の防止のための指針

事業者は、平常時の対策（事業所内の衛生管理・環境の整備等、ケアにかかる感染対策・手洗い・標準的な予防策等）、発生時の対応（発生状況の把握、感染拡大の防止、医療機関や保健所、市町村における事業所関係課等の関係機関との連携、行政等への報告等、事業所内の連絡体制、関係機関への連絡体制）を整備します。

(3)感染症の予防、まん延防止のための研修・訓練

事業者は、従業者教育（感染対策の基礎的内容等の適切な知識を普及・啓発するとともに、当該事業所における指針に基づいた衛生管理の徹底や衛生的なケアの励行を行う）を組織的に浸透させていくために、定期的な教育（年１回以上）を開催するとともに、新規採用時には感染対策研修を実施します。

また、平時から、実際に感染症が発生した場合を想定し、発生時の対応について訓練（感染症発生時において迅速に行動できるよう、発生時の対応を定めた指針及び研修内容に基づき、事業所内の役割分担の確認や、感染対策をした上でのケアの演習などのシミュレーション）を定期的（年１回）に行います。

１１ 業務継続計画の策定

事業者は、感染症や災害が発生した場合であっても、必要な障害福祉サービスが継続的に提供できる体制を構築するために計画の策定、研修の実施、訓練（シミュレーション）の実施等に取り組みます。

(1)感染症に係る業務継続計画

当事業所は、平時からの備え（体制構築・整備、感染症防止に向けた取組の実施、備蓄品の確保等）、初動対応、感染拡大防止体制の確立（保健所との連携、濃厚接触者への対応、関係者との情報共有等）についての計画を策定します。

(2)災害に係る業務継続計画

事業者は、平常時の対応（建物・設備の安全対策、電気・水道等のライフラインが停止した場合の対策、必要品の備蓄等）、緊急時の対応（業務継続計画発動基準、対応体制等）、他施設・地域との連携についての計画を策定します。

(3)研修

事業者は、従業者教育（感染症及び災害に係る業務継続計画の具体的内容を従業者間に共有するとともに、平常時の対応の必要性や、緊急時の対応に係る理解の励行を行うもの）を組織的に浸透させていくために、定期的(年１回)な研修を実施するとともに、新規採用時には別に研修を実施します。

(4)訓練（シミュレーション）

事業者は、感染症や災害が発生した場合において迅速に行動できるよう、業務継続計画に基づき、事業所内の役割分担の確認、感染症や災害が発生した場合に実践するケアの演習等を定期的(年１回)に実施します。

１２　秘密の保持と個人情報の保護について

利用者及びその家族に関する秘密の保持について	① 事業者は、利用者の個人情報について「個人情報の保護に関する法律」、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン」及び「医療・関係事業者等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」を遵守し、適切な取扱いに努めるものとします。 ② 事業者及び事業者の使用する者（以下「従業者」という。）は、サービス提供をする上で知り得た利用者及びその家族の秘密を正当な理由なく、第三者に漏らしません。 ③ また、この秘密を保持する義務は、サービス提供契約が終了した後においても継続します。 ④ 事業者は、従業者に、業務上知り得た利用者又はその家族の秘密を保持させるため、従業者である期間及び従業者でなくなった後においても、その秘密を保持するべき旨を、従業者との雇用契約の内容とします。
個人情報の保護について	① 事業者は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議や地域ケア会議等において、利用者の個人情報を用いません。また、利用者の家族の個人情報についても、予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議や地域ケア会議等で利用者の家族の個人情報を用いません。 ② 事業者は、利用者及びその家族に関する個人情報が含まれる記録物（紙によるものの他、電磁的記録を含む。）については、善良な管理者の注意をもって管理し、また処分の際にも第三者への漏洩を防止するも

	のとします。 ③ 事業者が管理する情報については、利用者の求めに応じてその内容を開示することとし、開示の結果、情報の訂正、追加または削除を求められた場合は、遅滞なく調査を行い、利用目的の達成に必要な範囲内で訂正等を行うものとします。（開示に際して複写料などが必要な場合は利用者の負担となります。）

※個人情報の使用目的

・利用者、ご家族への心身の状況説明
・相談支援業務に関する記録・台帳の作成
・保険者への届け出・相談・及び照会への回答
・病院、診療所(クリニック)、薬局、その他の障害福祉サービス事業者等とのサービス担当者会議、カンファレンスその他の連携
・障害者支援施設等・介護保険移行時の支援
・審査、支払機関へのレセプトの提出
・学会、研究会、社内等での事例研究発表
・虐待防止措置に関する連絡・連携

□同意いたします　　□同意いたしません

１３ 事故発生時の対応方法について

利用者に対するにより事故が発生した場合は、市町村、利用者の家族に連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

また、利用者に対する特定相談支援の提供により賠償すべき事故が発生した場合は、損害補償会社に損害賠償を速やかに行い補償の指示を仰ぎ損害保証金額が決定しだいに速やかに支払致します。尚、通常の使用方法で経年劣化による物損、自然災害に起因する物損についてはこの限りではなく、事業者は賠償責任を負わないものとする。

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
保障の概要賠償損害:（対人・対物事故、管理財物、使用不能、人格権侵害、経済的損害）

１４ 身分証携行義務

特定相談支援専門員は、常に身分証を携行し、初回訪問時及び利用者または利用者の家族から提示を求められた時は、いつでも身分証を提示します。

１５ 写真撮影の同意

・室内(住宅環境必要に応じて)・障害福祉サービス受給者証・障害者手帳等の基本情報に使用します。

□同意いたします　　□同意いたしません

１６ サービス提供に関する相談、苦情について

(1)苦情処理の体制及び手順

提供した特定相談支援に係る利用者及びその家族からの相談及び苦情を受け付けるための窓口を設置します。(下表に記す【事業者相談窓口】のとおり) 相談及び苦情に円滑かつ適切に対応するための体制及び手順は以下のとおりとします。

①苦情又は相談があった場合は、利用者の状況を詳細に把握するために必要に応じ訪問を実施し、状況の聞き取りや事情の確認を行う。

②相談担当者は、把握した状況をスタッフとともに検討して対応を決定する。

③対応内容に基づき、必要に応じて関係者への連絡調整を行うとともに、利用者へ必ず対応方法を含めた結果報告を行う。

(2)苦情申立の窓口

【当事業所相談窓口】

相談窓口	シルバン介護センター
担 当 者	佐藤　八重子
電話番号	０４７－３２５－８３８５
対応時間	平日（月曜日）～（金曜日）・午前９時００分～午後５時００分 ・原則として、土日祝祭日および８月１３日～１５日、 年末年始（１２月３０日～１月３日）を除く

【外部苦情相談窓口】

市川市障がい者支援課 相談グループ	電話 番号	０４７－７１２－８５１７
	FAX 番号	０４７－７１２－８７２７
千葉県運営適正化委員会	電話 番号	０４３－２４６－０２９４
	FAX 番号	０４３－２４６－０２９８

１７ その他運営についての留意事項

(1)各障害福祉サービス事業における利用規則に則って、サービスが提供されます。また、訪問看護等の医療系サービスにおいては、医師の判断に基づいてサービスが提供されます。

(2)本事業所の職員は、サービス提供契約の実施以外の営利行為について禁止されています。また、宗教勧誘等についても禁止されています。

(3)本事業所の職員は、年金の管理、金銭の貸し借り等金銭の取り扱いは致しません。

(4)職員に対する金品等の心付けは、一切お断りしています。職員が茶菓子、お礼の品物等を受け取ることも事業所として固く禁止しています。また、金銭・貴重品の管理にご協力ください。

(5)大切なペットを守るため、訪問中はリードをつけていただくか、ケージや居室以外の部屋へ隔離するなどのご協力をお願いします。職員がペットにかまれた場合、治療費等のご相談をさせていただく場合がございます。また、ご協力いただけなかった場合に発生した損害賠償の責を事業者は負わない事とします。

(6)暴言・暴力・ハラスメントは固くお断りします。職員へのハラスメント等により、サービスの中断や契約を解除する場合があります。信頼関係を築くためにもご協力をお願いします。

(7)社会資源の状況や障害者総合支援法の目的に鑑み、必ずしも利用者等の要望に即したサービス等利用計画を立てられない場合があります。

(8)訪問中の飲酒・喫煙はお控えください。

(9)トラブル防止のため、特定相談支援提供中に破損しやすい物・データを有する機器につきましては、相談支援専門員の動線に置かない、機器の電源を切るようお願いいたします。

当事業者は、特定相談支援の提供にあたり利用者に上記のとおり重要事項を説明しました。
この証として本書２通を作成し、利用者、事業者が記名捺印の上、各自１通を保有するものとします。

特定相談支援の提供に際し、本書面の重要事項の説明を行いました。

事業者名　　有限会社　シルバン
所 在 地　　千葉県市川市真間二丁目９番５号
代 表 者　　佐藤　八重子
事業所名　　シルバン介護センター

説 明 者 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

令和　　年　　月　　日

上記内容の説明を事業者から受け、内容に同意し、重要事項説明書の交付を受けました。

利　　用　　者

氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

電話番号　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

緊急時連絡先
1)氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

連　絡　先(電話番号)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2)氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

連　絡　先(電話番号)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人
氏　　名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

連　絡　先(電話番号)　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿