

「相談支援事業所 あさひ（指定特定・障害児相談支援事業所）利用契約」

重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス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、当事業所の概要や提供されるサービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

※ 当事業所では、利用者に対して障害者総合支援法（及び児童福祉法）に基づく相談支援事業を提供します。
当サービスの利用は、原則として介護給付費の支給決定を受けた方が対象となります。

◆◆目次◆◆

1. 事業者	1
2. 事業所の概要	1
3. 営業時間	2
4. 実施地域	2
5. 職員の配置状況	2
6. 主たる対象者	2
7. 当事業所が提供する相談支援事業	2
8. 利用料金	3
9. 相談支援の給付単位	3
10. 利用者の記録や情報の管理、開示	4
11. 損害賠償保険への加入	4
12. 虐待防止のための措置	4
13. 苦情の受付	5

社会福祉法人 長崎県障害者福祉事業団

相談支援事業所 あさひ

当事業所は佐世保市の指定を受けています。

（佐世保市指定 第4230201396号）

（佐世保市指定 第4270200126号）

1. 事業者

名 称	社会福祉法人 長崎県障害者福祉事業団
所在地	〒858-0926 長崎県佐世保市大潟町50番地1
電話番号	0956-59-5552
代表者氏名	理事長 吉村 勝彦
設立年月日	昭和48年12月25日

2. 事業所の概要

施設の種類	指定特定相談支援事業所 平成24年8月1日指定 佐世保市4230201396号 指定障害児相談支援事業所 平成24年8月1日指定 佐世保市4270200126号
事業所の目的	利用者がその有する能力及び適性に応じ、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、事業者が利用者に対して必要な障害者総合支援法に基づく相談支援サービスを適切に提供する事を目的とする。
事業所の名称	相談支援事業所 あさひ
事業所の所在地	〒858-0926 長崎県佐世保市大潟町50番地1
電話番号	0956-59-5552
管理者	西川 宏明
事業所の運営方針	<ol style="list-style-type: none">1. 指定計画相談支援及び指定障害児相談支援は、利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立ちながら、利用者又は障害児の保護者の選択に基づき、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスが多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行います。2. 指定計画相談支援及び指定障害児相談支援は、利用者に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の事業者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。3. 市町及び多様な事業者との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めるとともに、自らその提供する指定計画相談支援及び指定障害児相談支援の評価を行い、常にその改善を図ります。4. 関係法令等を遵守します。
開設年月	平成24年8月1日

3. 営業時間

営業日	月曜日～金曜日(祝祭日及び8/13～15、12/29～1/3除く)
営業時間	8:45～17:30

4. 実施地域

佐世保市全域

5. 職員の配置状況

職 種	人数	勤務体制
1. 管理者	1名	常勤・兼務
2. 相談支援専門員	1名	常勤・専従
3. 相談支援専門員	2名	常勤・兼務

6. 主たる対象者

特定なし

7. 当事業所が提供する相談支援事業

(1) サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成

利用者本人やご家族の来所による面接または訪問を行い、心身の状況や生活環境を理解し、把握したうえで、適切な保健、医療、福祉、就労支援、教育等に係る福祉サービス等が、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮したサービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成します。

(2) 便宜の供与

- ・利用者及びその家族等とサービス利用計画に記載の通り各事業のサービスが提供されているか、モニタリングとして経過について確認し、把握します。
- ・各事業のサービス利用計画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。

(3) 各事業のサービス事業計画の変更

利用者がサービス利用計画の変更を希望した場合、または事業者がサービス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、サービス利用計画を変更します。

(4) その他

- (1) から (3) までに付帯するその他必要な支援を行います。

8. 利用料金

【相談支援利用料金】

厚生労働大臣が定める基準額を支給決定市区町村より代理受領します。なお、代理受領した利用料の額については、利用者に通知します。

【交通費】

利用者の希望により、通常の実施地域以外の地域の居宅を訪問して指定計画相談支援又は指定障害児相談支援を提供した際には、その実費をいただきます。

○公共交通機関を利用した場合・・・公共交通機関の定める運賃

○事業所の自動車を使用した場合・・・通常の実施地域を超えて10キロ未満は¥500円10キロ以上は¥1,000円を請求させていただきます。

尚、有料道路を利用した場合は別途、実費請求させていただく事がございます。

【その他の費用】

利用者の事情により必要となる嗜好品等の実費をご負担いただくことがあります。その際は、別途、前もって説明を行い、利用者の同意をいただきます。

9. 相談支援の給付単位

(1) 計画相談支援

サービス利用支援	1,606単位/月
継続サービス利用支援	1,306単位/月
利用者負担上限額管理加算	150単位/月

ただし、介護保険のケアプランとサービス等利用計画を作成する場合、利用者のアセスメントやモニタリング等の業務が一体的に行われるため、以下のとおり報酬上調整されることがあります。

(サービス利用支援)

居宅介護支援費(要介護1・2)が併算定	903単位/月
居宅介護支援費(要介護3～5)が併算定	602単位/月
介護予防支援費が併算定	1,494単位/月

(継続サービス利用支援)

居宅介護支援費(要介護1・2)が併算定	603単位/月
居宅介護支援費(要介護3～5)が併算定	302単位/月
介護予防支援費が併算定	1,194単位/月

(2) 障害児相談支援

障害児支援利用援助	1,606単位/月
継続障害児支援利用援助	1,306単位/月
利用者負担上限額管理加算	150単位/月

障害児が、計画相談支援と障害児相談支援の両方を受ける場合の報酬については、障害児相談支援のみの算定となります。

10. 利用者の記録や情報の管理、開示

事業者は、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、利用者のご負担となります。)

◇閲覧・複写ができる窓口業務時間 8:45～17:30

11. 事故発生時の対応

利用者の容態に急変があった場合は、医療機関に連絡する等必要な措置を講じるほか、ご家族等へ速やかに連絡します。また、利用者に対する指定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、損害賠償を速やかに行います。

12. 虐待防止のための措置

利用者の人権擁護、虐待防止のために責任者を配置しています。

○ 虐待防止責任者 氏名 西川 宏明 [相談支援事業所 あさひ 管理者]

なお、虐待防止にかかる職員研修を毎年実施致します。

13. 苦情の受付

(1) 当事業所における苦情の受付

当事業所における苦情やご相談は以下の専用窓口で受け付けます。

○ 苦情解決責任者 氏名 西川 宏明 [相談支援事業所 あさひ 管理者]

○ 苦情受付窓口 (担当者)

職名	氏名
相談支援専門員	松本 和幸

なお、上記の担当者に限らず第三者委員へ直接苦情を申し出ることもできます。

○ 第三者委員

氏名 丸田 健 [佐世保市九十九地区福祉推進協議会常任理事]

住所：佐世保市船越町1064 電話：28-0502

神吉清久 [佐世保市福祉六団体連合会会長]

住所：佐世保市吉岡町56-23 電話：47-5791

またホームページ・インターネットメールでも受け付けております。

△ ホームページアドレス：<http://niji-iro.or.jp/>

△ メールアドレス：info@niji-iro.or.jp

○ 受付時間 毎週月曜日～金曜日 8:45～17:30

(祝祭日及び8/13～15、12/29～1/3除く)

(2) 行政機関・その他苦情受付機関

長崎県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 長崎県長崎市茂里町3-24 電話番号 095-842-6740 FAX 095-842-6410
--------------------------	--

佐世保市障がい福祉課	所在地 長崎県佐世保市高砂町5-1 佐世保市中央保健福祉センター 電話番号 0956-24-1111(代表)
------------	--

施行日 平成24年 8月 1日
平成25年 1月 1日
平成25年 4月 1日
平成26年 4月 1日
平成26年 6月 1日
平成28年 4月 1日
平成28年 6月 1日

同意書

平成 年 月 日

指定計画相談支援又は指定障害児相談支援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。

事業所名 相談支援事業所 あさひ

説明者 職名 相談支援専門員	氏名	松本 和幸 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、指定計画相談支援又は指定障害児相談支援の提供開始に同意しました。（利用者が、身体の状態等により署名が出来ないため、代理人が利用者の意思を確認の上、利用者に代わってその署名を代筆しました。）

利用者	住所 〒	—	
	氏名		印
代理人	住所 〒	—	
	氏名	(続柄)	印
	連絡先		