**モデル「計画相談支援」重要事項説明書**

この重要事項説明書は、当事業所と指定計画相談支援サービス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条に基づき、事業所の概要や提供される支援の内容、契約上ご注意いただきたいこと等を説明するものです。

**１　事業者**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者の名称 |  |
| 法人の種別 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 代表者の職名・氏名 |  |
| 法人の設立年月日 |  |

**２　担当する事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号・ＦＡＸ |  |
| 事業所番号（指定年月日） | 特定相談支援　１３○○○○○○○○　（　　年　月　日指定） |
| 事業所が行っている他の障害福祉ｻｰﾋﾞｽ | △△△△△△　１３○○○○○○○○　（　　年　月　日指定）（→指定を受けているサービスを記載） |
| 営業日・営業時間 |  |
| ｻｰﾋﾞｽ提供日・ｻｰﾋﾞｽ提供時間 |  |
| 通常の事業実施地域 |  |
| 事業の目的及び運営方針 |  |
| 自己評価の実施状況 |  |
| 第三者評価の実施状況 |  |
| 職員への研修の実施状況 |  |

**３　事業所の職員体制　（○○年○月現在）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 職種 | 常勤(人) | 非常勤(人) | 合計員数 | 職務の内容 |
| 管理者 |  |  |  |  |
| 相談支援専門員 |  |  |  |  |
| 事務員 |  |  |  |  |

**４　主たる対象者**

|  |
| --- |
|  |

**５　提供する指定計画相談支援サービス**

**相談支援専門員は、以下のサービスを行います。**

**（１）サービス等利用計画の作成**

|  |
| --- |
| サービス等利用計画（案）の作成 |
| 1. 居宅訪問によるアセスメント

利用者の居宅等を訪問し、利用者及びその家族に面接して、利用者の心身の状況やその置かれている環境等の評価を行い、解決すべき課題等を把握します。 |
| 1. 情報の提供

利用者又は障害児の保護者（以下「利用者等」といいます。）のサービス選択を行いやすくするため、地域における指定障害福祉サービス事業者等に関するサービス内容及び利用料等の情報を、適正に利用者又はその家族に対して提供します。 |
| 1. サービス等利用計画（案）の作成

解決すべき課題等に対応するため、保健、医療、福祉、就労支援、教育等のサービスから最も適切な組み合わせについて検討し、利用者等の選択を踏まえて、サービス等利用計画（案）を作成します。（サービス等利用計画（案）の内容）・利用者及びその家族の生活に対する意向　・総合的な援助の方針・生活全般の解決すべき課題　　　　　　　・提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期・福祉サービス等の種類、内容、量　　　　・福祉サービス等を提供する上での留意事項・モニタリング期間 |
| 1. サービス等利用計画（案）の交付

サービス等利用計画（案）は、法の介護給付費等の対象となるかを区分した上で、利用者又はその家族へ説明し、文書により利用者等の同意を得ます。同意を得たサービス等利用計画（案）は、利用者等へ交付するとともに、介護給付費等の支給決定を得るため区へ提出します。 |
| サービス等利用計画の作成 |
| 1. サービス担当者会議の開催

区の支給決定を受けて、福祉サービス等の担当者との連絡調整を行います。あわせて、福祉サービス等の担当者を招集したサービス担当者会議の開催するなどにより、内容の説明を行い、担当者から意見等を求めます。 |
| 1. サービス等利用計画の確定・交付

サービス担当者会議を踏まえたサービス等利用計画（案）の内容について、利用者及びその家族に対して説明し、文書により利用者等の同意を得るものとします。その上で、サービス利用計画を作成し、利用者等及び福祉サービス等の担当者へ交付するとともに、区へ提出します。 |

**（２）継続サービス利用支援**

|  |
| --- |
| 1. 継続的な評価と連絡調整

サービス等利用計画の実施状況の把握及び利用者についての継続的な評価（以下「モニタリング」といいます。）を行い、必要に応じてサービス等利用計画の変更、福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。 |
| 1. 居宅訪問によるモニタリング

モニタリング期間ごとに利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果をモニタリング報告として記録し、利用者等の同意を得るものとします。同意を得たモニタリング報告は、利用者等へ交付するとともに、区の求めがあった場合は区へ提出します。 |
| 1. 計画の変更

モニタリングにより、新たな支給決定等が必要と認められる場合は、利用者等に対し、申請の勧奨及び必要な援助を行います。 |
| 1. その他の支援
	* 居宅における日常生活を営むことが困難となったと認められる場合や利用者が 障害者支援施設等への入所・入院を希望する場合には、障害者支援施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。
	* 障害者支援施設、精神科病院等から退所又は退院しようとする利用者又はその家族から依頼があった場合には、居宅生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、必要な情報の提供や助言等の援助を行います。
 |

**（３）サービス等利用計画の変更**

|  |
| --- |
| 利用者がサービス等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等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、サービス等利用計画を変更します。 |

**６　利用料金**

**（１）利用者が負担する額**

|  |  |
| --- | --- |
| 計画相談支援給付費 | ○法定代理受領※を行う場合利用者の自己負担はありません。※法定代理受領…法の規定に基づき、事業者が利用者に代わり、サービス利用料金に相当する給付を区から受領する方法 |
| ○法定代理受領を行わない場合当月の支援について、下記サービス内容ごとに算定した合計額を請求しますので、お支払いをお願いします。支払った額は、支払の際にお渡しする「領収証」と「サービス提供証明書」添えて、区に対し計画相談支援給付費の請求を行い、区から返還を受けてください。 |
| サービス内容 | 単位数(ひと月) | １単位単価 | 利用料(月額) |
| サービス利用支援費 |  | 円 | 円 |
| 継続サービス利用支援費 |  | 円 | 円 |
|  |  |  |  |
| 交通費実費相当額 | ・通常の事業の実施地域以外の地域にお住まいの方で、相談支援専門員の居宅等への訪問にあたり交通費が発生する場合、交通費実費額をお支払いいただきます。・お支払いを確認しましたら、「領収書」をお渡ししますので、保管をお願いします。 |
|  |  |

**（２）支払方法**

|  |  |
| --- | --- |
| 支払方法 | 1か月ごとに計算し、請求書をお送りしますので、翌月○日までに以下のいずれかの方法でお支払いください。　　・○○　　・△△ |

**７　サービス利用に関する留意事項**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**８　緊急時の対応方法**

　 サービス提供中に、利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるとともに、ご家族が不在の場合は、あらかじめ利用者が指定する連絡先へご連絡します。

　　　【主治医】

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

　　　【緊急時の指定連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**９ この契約に関する相談・苦情の窓口等**

**（１） 当事業所ご利用相談・苦情窓口**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者 |  |
| 電話番号 |  |
| 受付時間 |  |

**（２）当事業所が選任した第三者委員**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 連絡先 |  |

**（３）区の相談・苦情窓口**

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 電話番号 |  |
| 受付時間 |  |

**（４）東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」**

区や都と連携しながら苦情対応を行っています。

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 | 東京都社会福祉協議会　福祉サービス運営適正化委員会事務局 |
| 電話番号 | ０３－５２８３－７０２０ |
| 受付時間 | 月～金曜日　９～１７時 |

**１０ 虐待防止のための措置に関する事項**

虐待の防止に関する責任者を選任します。

|  |  |
| --- | --- |
| 虐待防止責任者名 |  |

　　　○　年　○　月　○　日

指定計画相談支援の利用にあたり、利用者に対して本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

**【事業者】**

（所 在 地）

（事業者名）　　　　　　　　　　　　　　　 印

（代表者の職・氏名）

（事業所名）

（説 明 者）　所属

　　 　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　印

私は本書面により、指定計画相談支援の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

**【利用者】**

（住所）

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

**【代理人又は立会人等】**

（住所）

（氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

（続柄）