

特定相談支援事業 重要事項説明書

1. 事業者

経営事業者の名称	社会福祉法人ジェイエー長野会
法人所在地	〒380-0826 長野市大字南長野北石堂町1 1 7 7 番地 3
代表者氏名	理事長 上原 孝義
電話番号	0 2 6 - 2 2 3 - 0 5 3 3
F A X 番号	0 2 6 - 2 2 3 - 2 2 2 5

2. 事業所の概要

事業所の名称	社会福祉法人ジェイエー長野会 指定特相談支援事業所あづみ
事業所の所在地	〒399-8601 北安曇郡池田町大字池田 3 2 0 7 番地 1
電話番号	0 2 6 1 - 6 2 - 9 8 3 0
F A X 番号	0 2 6 1 - 6 2 - 9 8 3 0
管理責任者名	百瀬 美絵
指定事業者番号	(特 定) 2 0 3 2 9 0 0 1 1 6 (障害児) 2 0 7 2 9 0 0 1 0 9
事業の種類／指定日	指定特定相談支援事業（平成30年5月1日指定） 障害児相談支援事業（令和 3年9月1日指定）
事業所の運営方針 (特 定) (障害児)	(1) 利用者がその有する能力及び適正に応じ、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に努めること。 (2) 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者又は児童の保護者（以下「利用者等」という。）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（以下「福祉サービス等」という。）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、必要な支援を適切に行うこと。 (3) 利用者等に提供される福祉サービス等が特定の種類又は特定の障害福祉サービス事業を行う者に不当に偏ることのないように、公正中立的立場で行うこと。 (4) 市町村、障害福祉サービス事業者等との連携を図り、地域において必要な社会資源の改善及び開発に努めること。 (5) 自らその提供する指定計画相談支援の評価を行い、常にその改善を図るよう努めること。 事業の実施に当たっては、前項のほか、「障害者の日常生活及び社会

	生活を総合的に支援するための法律に基づく指定計画相談支援の事業の人員及び運営に関する基準等に関する省令」に定める内容のほか関係法令等を遵守し、事業を実施するものとする。
--	--

3. 職員の体制

職 種	人 数	勤務形態		資 格
管 理 者	1	常勤・兼務	8：30～17：00 (週 2-3 日従事)	看 護 師
相談支援専門員	1 以上	常勤・専従	8：30～17：00	社会福祉士
事 務 員	1 以上	常勤・兼務	8：30～17：00	

4. 主たる対象者

知的障がい者、精神障がい者、身体障がい者、障がい児

5. 通常の事業実施地域

大町市、池田町、松川村、安曇野市(穂高・明科)、生坂村

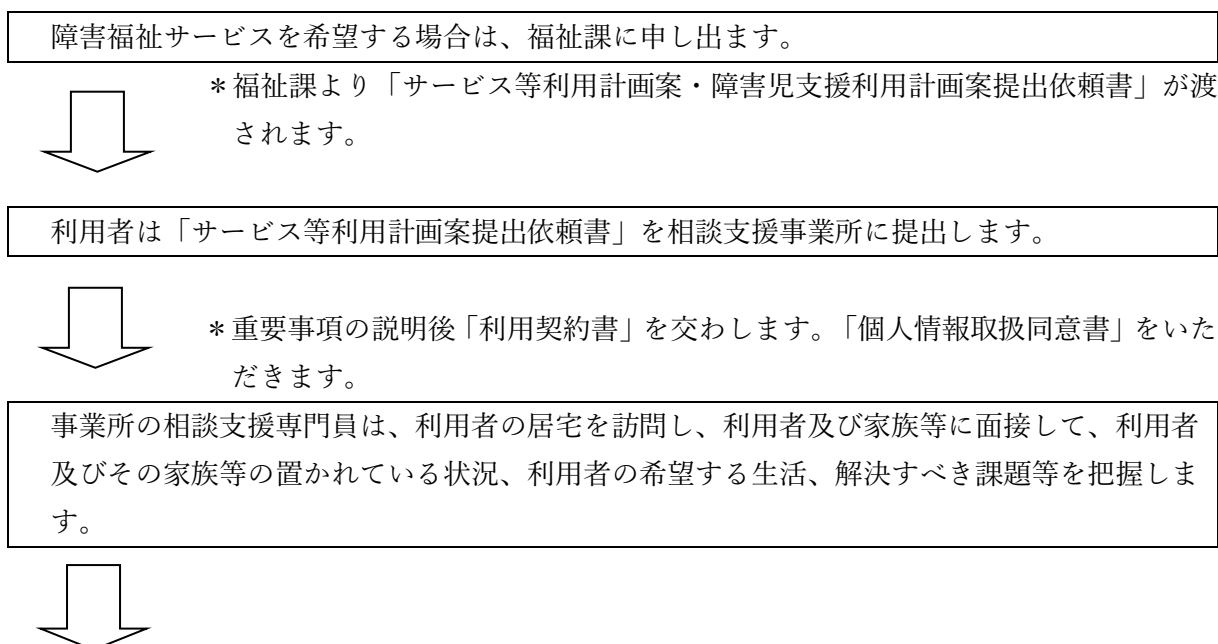
6. 事業所の営業日及び営業時間

(1) 営 業 日：月曜日から土曜日までとする。 ただし、国民の祝日、第 2・4・5 土曜日、5 月 1 日及び 1 2 月 3 0 日から 1 月 3 日までを除く。 (2) 営業時間：平 日 は、午前 8 時 3 0 分から午後 5 時 0 0 分までとする。 土曜日は、午前 8 時 3 0 分から午後 0 時 3 0 分までとする。
--

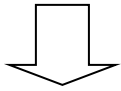
7. 支援の提供方法

(1) サービス利用計画の作成

<サービス利用計画作成の流れ>

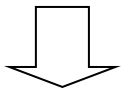


総合的な援助の方針、生活全般の解決すべき課題、提供される福祉サービス等の種類、内容、量及び目標、達成時期、提供する上での留意事項等を記載したサービス利用計画案を作成します。



* サービス利用計画案を説明し同意をいただきます。（署名または記名・押印）

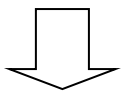
サービス利用計画案を、利用者及びその家族等（申請者）に渡します。



* 申請者は、市町村にサービス利用計画案とともに支援給付費支給申請書及び計画相談支援・障害児相談支援依頼（変更）届出書を提出します。

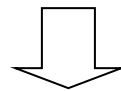
市町村より、申請者に障害福祉サービスの支給（却下）決定結果が通知されます。

「計画相談支援給付費・障害児相談支援給付費支給（却下）通知書」

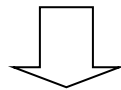


* 障害福祉サービス受給者証または地域相談支援受給者証が交付されます。

申請者は「受給者証」を相談支援事業者に届け、事業者は内容を確認のうえ、関係者による「サービス担当者会議」を開催し、支援計画案の内容について意見を求めます。

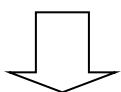


事業者は、サービス担当者会議で検討された「サービス利用計画案」について、利用者又はその家族等に説明します。



* サービス利用計画案に同意をいただきます（署名または記名・押印）

事業者は、同意された支援計画案を元に「サービス利用計画」を作成し、市町村に提出します。



* サービス利用計画書をお渡しします。

福祉サービス事業者により各種の福祉サービスが開始されます。

（２）サービス利用計画作成後の便宜の供与

- ・ 利用者及びその家族等と毎月１回以上面接し、経過を把握します。
- ・ 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。
- ・ 福祉サービス等の実施状況や利用者の状況について定期的に再評価を行い、サービス利用計画の変更、支給決定の更新申請等に必要な援助を行います。

(3) サービス利用計画の変更

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) 障害者支援施設等への紹介

利用者が居宅において日常生活を営むことが困難となったと認められる場合又は利用者が障害者支援施設等への入所又は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。

8. 利用料金

① 相談サービス利用料金

指定計画相談支援サービス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、市町村から介護給付費を受領する場合（法定代理受領）は、利用者の自己負担はありません。ただし、事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、下記の金額を一旦お支払いいただきます。この場合、利用者に「サービス提供証明書」を交付します。（「サービス提供証明書」と「領収書」を添えてお住まいの市町村に申請すると介護給付費が支給されます。）

② 交通費

通常の事業実施地域外の地区にお住まいの方で、当事業所のサービスを利用される場合は、サービスの提供に際し、要した交通費の実費を請求させていただきます。支払いは現金です。

- ・ 通常の事業の実施地域以外で要した交通費は実費徴収。事業所自動車使用の場合は、1 k mあたり10円で積算した額です。

9. サービス利用に関する留意事項

利用者から特定の相談支援専門員を指名することはできませんが、相談支援専門員についてお気づきの点や要望がありましたら、ご遠慮なくご相談ください。

10. 利用者の記録や情報の管理

本事業所では、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。保存期間は、指定相談支援サービスを提供した日から10年間です。

11. 事故発生時の対応

- (1) 当事業所のサービス提供によって事故が生じた場合は、速やかに都道府県・市町村・利用者又はその家族等に対して連絡し、必要な対応を行います。
- (2) 事業者の責めに帰すべき事由によって、利用者に損害を与えた場合には、事業所が加入する保険において速やかに損害賠償を行います。

12. 苦情等の受付について

(1) 苦情等は、事業所の定めにより適切に対応します。

苦情相談担当者	百瀬 美絵（指定特定相談支援事業所あづみ）	電話 0 2 6 1 - 6 2 - 9 8 3 0
苦情相談担当者	太田 泰子（北アルプス医療センターあづみ病院）	電話 0 2 6 1 - 6 2 - 3 1 6 6

(2) 行政機関その他の苦情受付機関

池田町役場 福祉課	電話 0261-61-5000 北安曇郡池田町大字池田2005番地1
松川村役場 福祉課福祉係	電話 0261-62-3290 北安曇郡松川村76番地5
大町市役所 福祉課福祉係	電話 0261-22-0420 大町市大町3887番地
生坂村役場 健康福祉課	電話 0263-69-3500 東筑摩郡生坂村5493番地2
安曇野市役所 市民福祉課	電話 0263-71-2000 安曇野市豊科4932番地46
大町保健福祉事務所 福祉課	電話 0261-23-6508 大町市大字大町1058番地2

(3) 虐待防止のための措置

本事業所では、虐待防止のための体制を整備するとともに、利用者に対する虐待を早期に発見し、適切な対応を図るため、次の措置を講じています。

① 虐待防止に関する責任者の選定

〔虐待防止に関する責任者〕 管理者 百瀬 美絵

② 職員に対する虐待防止を啓発するための研修

③ 成年後見制度の利用支援

④ 苦情解決体制の整備

重要事項説明書についての同意

指定計画相談サービス提供の開始に際し、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

令和 年 月 日

事業所	事業所名	社会福祉法人ジェイエー長野会 指定特定相談支援事業所あづみ
	事業所番号	(特定：２０３２９００１１６) (児童：２０７２９００１０９)
	所在地	〒399-8601 長野県北安曇郡池田町大字池田3207番地1
	説明者氏名	相談支援専門員 安里 美穂 印

利用者 （契約者）	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、指定相談支援サービスの提供開始に同意します。	
	住 所	〒 —
	氏 名	印
代理人 （家族等）	私は、利用者本人の契約の意思を確認の上、本人に代わり、上記署名を行いました。	
	住 所	〒 —
	氏 名	印（利用者との続柄： ）

※ 代理人（家族等）の署名につきましては、本人の自筆に限ります。

※ 利用者が、児童の場合は利用者欄の押印は必要ありません。