## 基幹相談支援センター　しゃきょう
## 指定特定相談支援及び指定障害児相談支援重要事項説明書

事業者は、指定特定相談支援及び指定障害児相談支援（以下「相談支援」といいます。）を提供するに当たり、障害者総合支援法及び児童福祉法令に基づき相談支援に関する重要事項を次のとおり利用者に説明します。

**１　事業目的・運営方針**

⑴　事業者は、利用者がその有する能力に応じて、自立した日常生活を営むために必要な障害福祉サービスが適切に利用できるよう、利用者及び家族等の相談に応じ、各種サービスの利用援助・調整など地域生活に必要な支援を行います。

⑵　相談支援の実施に当たっては、利用者の意思及び人格を尊重し、常に当該利用者の立場に立って当該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福祉サービス事業等を行う者に不当に偏ることのないよう、公正中立に行います。

⑶　相談支援の実施に当たっては、自らその提供する相談支援の評価を行い、常にその改善を図ります。

⑷　関係法令に定める内容を遵守します。

**２　事業所の概要**　＜令和７年２月 14 日現在＞

・事業所の情報

| | |
|---|---|
| 事業所の名称 | 基幹相談支援センター　しゃきょう |
| 所在地 | 春日井市浅山町一丁目２番６１号 |
| 電話番号 | ０５６８（８４）５３００ |
| ＦＡＸ番号 | ０５６８（８４）４９１３ |
| 事業所番号 | ２３３７５０００９０（指定特定計画相談支援） |
| | ２３７７５０００４２（指定障害児相談支援） |
| サービス提供地域 | 春日井市 |

・職員体制

| | |
|---|---|
| 管理者 | １名 |
| 主任相談支援専門員 | １名 |
| 相談支援専門員 | １名以上 |
| 相談支援員 | １名 |

・営業日及び営業時間

| | |
|---|---|
| 営業日 | 月曜日から金曜日まで（祝日、１月２日、同月３日及び 12 月 29 日から 12 月 31 日までを除きます。） |
| 営業時間 | 午前８時 30 分から午後５時まで |

## ３　サービスの提供方法・内容

⑴　サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成に当たっては、利用者宅等への訪問による面接を行い、解決すべき課題等の把握（以下「アセスメント」という。）を行います。

⑵　アセスメントに基づき、最も適切な福祉サービス等の組合せについて検討を行い、サービス等利用計画・障害児支援利用計画案を作成します。

⑶　サービス等利用計画・障害児支援利用計画案を作成した際には、当該サービス等利用計画・障害児支援利用計画案の内容について、利用者に対して説明し同意を得た上で、当該サービス等利用計画・障害児支援利用計画案を利用者に交付します。

⑷　支給決定が行われた後に、指定障害福祉サービス事業者等との連絡調整を行うとともに、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の原案に位置づけた福祉サービス事業等の担当者を招集して行うサービス担当者会議の開催等により、専門的な見地からの意見を踏まえた上で、サービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成します。

⑸　サービス等利用計画・障害児支援利用計画には、以下の事項を記載します。

ア　利用者及びその家族の生活に対する意向

イ　総合的な援助の方針

ウ　生活全般の解決すべき課題

エ　提供される福祉サービス等の目標及びその達成時期

オ　福祉サービス等の種類、内容及び量

カ　福祉サービス等を提供する上での留意事項

キ　サービス等利用計画・障害児支援利用計画の実施状況の把握（以下「モニタリング」という。）期間の提案

ク　福祉サービス等の利用料

ケ　福祉サービス等の担当者

⑹　相談支援専門員は、前項のサービス等利用計画・障害児支援利用計画を作成した際には、当該サービス等利用計画・障害児支援利用計画の内容について、利用者に対して説明し同意を得た上で、当該サービス等利用計画・障害児支援利用計画を利用者及び担当者に交付します。

⑺　相談支援専門員は、サービス等利用計画・障害児支援利用計画の作成後、モニタリングを行い、必要に応じてサービス等利用計画・障害児支援利用計画の変更、福祉サービス事業者等との連絡調整その他の便宜の提供を行います。

⑻　相談支援専門員は、モニタリングに当たっては、利用者及びその家族、福祉サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、支給決定時に市町村が定めたモニタリング期間ごとに、利用者の居宅等を訪問し、面接を行うほか、その結果を記録します。

⑼　利用者及び家族から著しい背信行為があった場合、サービスの提供を中心することがあります。

## 4　料金

⑴　事業者は、相談支援を提供した際には、厚生労働大臣が定める基準により、市町村から計画相談支援給付費又は障害児相談支援給付費を代理受領します。（利用者の負担金は無料です。）

　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。

⑵　利用者から法定代理受領を行わない相談支援に係る費用の支払を受けた場合は、その提供した相談支援の内容、費用の額その他必要と認められる事項を記載したサービス提供証明書を利用者に対して交付します。

## ５　その他の料金

⑴　交通費

サービス提供地域を越えて行う相談支援に要した交通費は、利用者にその実費を負担していただきます。なお、事業者が用意する自動車を使用した場合の交通費は次のとおりです。

・サービス提供地域を越える地点から片道 10 ㎞未満　　１，０００円（片道１回）

・サービス提供地域を越える地点から片道 10 ㎞以上　　１，５００円（片道１回）

⑵　その他

記録の複写費、医療機関等との連携に伴う市外訪問等に要した費用、その他ご依頼の内容により要した費用等は、利用者に実費を負担していただきます。

## ６　料金の支払方法

事業者は、利用者に対して、サービスを利用した月の翌月１５日までに料金を請求します。

利用者は､料金を現金又は口座振替により請求された月の末日までに支払います。

## ７　主たる対象者

⑴　身体障がい者

⑵　知的障がい者

⑶　精神障がい者

⑷　障がい児

## ８　虐待の防止に関する措置

事業所は、障がい者及び障がい児の人権の擁護、虐待の防止等のため、次の措置を講じます。

⑴　虐待の防止に関する責任者の選定

⑵　虐待防止委員会の設置

⑶　成年後見制度の利用支援

⑷　苦情解決体制の整備

⑸　虐待の防止を啓発・普及するための職員に対する研修の実施

## ９　緊急時の対応

　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じるほか、ご家族等へ速やかにご連絡いたします。

⑴　主治医

| | |
|---|---|
| 医療機関名 | |
| 所在地 | |
| 電話番号 | |
| 主治医氏名 | |

⑵　緊急連絡先

| | |
|---|---|
| 氏名 | |
| 住所 | |
| 電話番号 | |
| 続柄 | |

## 10　サービス内容に関する相談・苦情

⑴　事業者における相談・苦情

| | |
|---|---|
| 担　当　者 | 林　孝安 |
| 連　絡　先 | 電　話　　０５６８（８４）５３００<br>ＦＡＸ　　０５６８（８４）４９１３ |

⑵　公共機関の相談・苦情窓口

| | |
|---|---|
| 春日井市<br>健康福祉部障がい福祉課 | 住　所　　春日井市鳥居松町５丁目４４番地<br>電　話　　０５６８（８５）６１８６<br>ＦＡＸ　　０５６８（８４）５７６４ |
| 愛知県社会福祉協議会運営適正化委員会 | 住　所　　名古屋市東区白壁一丁目５０番地<br>愛知県社会福祉会館内<br>電　話　　０５２（２１２）５５１５<br>ＦＡＸ　　０５２（２１２）５５１４ |

令和　　　年　　　月　　　日

相談支援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な事項を説明しました。

住　所　　　春日井市浅山町一丁目２番６１号
事業者　　　社会福祉法人　春日井市社会福祉協議会
氏　名　　　代表者　　会長　　早　川　　利　久
事業所住所　　　春日井市浅山町一丁目２番６１号
事業所名　　　基幹相談支援センター　しゃきょう
説明者　　　　　　　　　　　　　　　　　印

私は、契約書及び本書面により、事業者から相談支援について重要事項の説明を受けました。

利用者

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（利用者が未成年者である場合は、その保護者）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
（利用者が未成年者である場合は、その氏名）

住　所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印
（法定・任意代理人、代筆者等がある場合は、その住所・氏名、続柄（　　　　　　　　　　））