

「指定特定相談支援」重要事項説明書

当事業所は、指定特定相談支援サービスの提供の開始にあたり、事業所の概要、提供されるサービス内容及び契約上ご注意いただきたいこと等を次のとおり説明します。

1. 事業者（法人）の概要

事業者（法人）の名称	社会福祉法人丹波市社会福祉協議会
主たる事務所の所在地	〒669-3309 丹波市柏原町柏原 2715
代表者（職名・氏名）	会長 中川 泰一
設立年月日	平成 16 年 11 月 1 日
電話番号	0795-86-7171 FAX 0795-86-7211
ホームページ	https://www.tambawel.jp/

2. 事業所の概要

事業所の名称	丹波市社会福祉協議会相談支援事業所	
サービスの種類	指定特定相談支援	
事業所の所在地	〒669-4141 丹波市春日町黒井 1500	
事業所の管理者	石塚 有美（兼任）	
電話番号	0795-74-4763	
指定年月日・事業所番号	平成 30 年 4 月 1 日	2 8 3 1 3 0 0 0 3 9
通常の事業の実施地域	丹波市の区域	
事業所が行っている他の業務	地域生活支援事業の受託経営	
損害賠償責任保険	社協の保険（株式会社福祉保険サービス）	

3. 事業の目的

当事業所は、利用者からの依頼を受け、その心身の状況、置かれている環境、利用者及びその家族の希望等を勘案し、サービス利用計画を作成するとともに、サービスの計画に基づき、各サービスの提供が確保されるよう、各事業所等との連絡調整その他の障害者施設への紹介等便宜を供与します。

4. 運営の方針

利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療福祉サービスが、総合的かつ効果的に提供されるよう配慮して行います。利用者の意思及び人格を尊重し、常に利用者の立場に立って、事業者にも偏ることのないよう、公正中立に行います。事業の実施にあたっては、丹波市福祉部障がい福祉課および他の障害者施設等との連携を図り総合的なサービスの提供に努めます。その他厚生労働省令を遵守します。

5. 営業日及び営業時間

営業日	月曜日～金曜日 (土、日、国民の祝日及び国民の休日、12月29日～1月3日を除く)
営業時間	8時30分～17時15分
サービス提供時間	8時30分～17時15分

6. 従業者の職種、員数及び職務の内容

職種	員数	職務の内容
管理者	1名 (兼務)	事業所と職員の管理及び利用申込みに係る調整、業務の実施状況の把握その他事業の管理を一元的に行う。職員に法令等の遵守すべき事項について指揮命令を行う。(兼務)
相談支援専門員	1名以上	利用者の生活全般に係る相談、サービス利用計画の作成及び継続的なモニタリング等を行う。
事務職員	1名以上 (兼務)	相談支援専門員を補佐し、必要な事務の補助を行う。

7. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) サービス内容

① サービス利用計画の作成

利用者のご家庭を訪問して、利用者の心身状況、その置かれている環境等を把握した上で、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、総合的かつ効率的に提供されるように配慮して、サービス利用計画を作成します。

<サービス利用計画の作成の流れ>

①相談支援専門員は、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族等に面接して、利用者及び家族の置かれている状況、利用者の希望する生活、解決すべき課題等を把握します。

②利用者及びその家族の置かれた状況等を考慮して、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、量及び利用料並びに福祉サービス等を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、利用者及びその家族に対して交付します。

③支給決定等が行われた後に、支給決定等の内容を踏まえて変更を行ったサービス等利用計画（案）に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、計画（案）の内容を説明するとともに、担当者から、専門的な見地からの意見を求めます。

④担当者から専門的な見地からの意見を求めたサービス等利用計画（案）の内容について利用者又は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た上で、サービス等利用計画を完成し、利用者並びに福祉サービス等の担当者に交付します。

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モニタリング対象月に面接し、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。
- ・指定障害者福祉サービス等の利用者負担額合計額を毎月算定し、利用者等及び当該障害福祉サービス等を提供した事業者等に通知します。（上限負担管理の場合のみ）
- ・厚生労働省で定める期間ごとにサービス等の利用状況の検証を行い計画の見直しを行います。（受給者証に記載）

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院又は入所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します。

（２）利用料金

①サービス利用料金

指定相談支援サービスに関する利用料金について、事業者が法律の規定に基づいて、市町村から介護給付費額を受領する場合（法定代理受領）は、ご利用者の自己負担はありません。

事業者が介護給付費額の代理受領を行わない場合は、下記の金額をいったん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。）

項目	利用料金
機能強化型サービス利用支援費（Ⅲ）	18,220円
機能強化型継続サービス利用支援費（Ⅲ）	15,580円
利用者負担上限額管理加算	1,500円（上限額管理対象者のみ）

<加算について>

項目	算定要件等	利用料金
初回加算	新規にサービス等利用計画を作成する場合。	月額 3,000 円
入院時情報連携加算(Ⅰ)	入院時に医療機関が求める利用者の情報を、利用者等の同意を得た上で提供した場合。 ※医療機関を訪問しての情報提供の場合。	月額 3,000 円
入院時情報連携加算(Ⅱ)	入院時に医療機関が求める利用者の情報を、利用者等の同意を得た上で提供した場合。 ※医療機関への訪問以外の方法での情報提供の場合。	月額 1,500 円
退院・退所加算	利用者の退院・退所時に医療機関等の多職種から情報収集することや、医療機関等における退院・退所時のカンファレンスに参加して情報収集を行った上でサービス等利用計画等を作成した場合。	月額 3,000 円 ※入院・入所中に3回を限度とする。
居宅介護支援事業所等連携加算	介護保険の居宅介護支援事業者等への引継に一定期間を要する者等に対し、次のいずれかの業務を行った場合。 ①月に2回以上、利用者の居宅等を訪問し利用者及びその家族に面接した場合。 ※テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし、月に1回は利用者の居宅等を訪問し、面接することを要する。 ②他機関の主催する利用者の支援内容の検討に関する会議に参加した場合。 ③他機関との連携に当たり、利用者の心身の状況等の必要な情報を提供した場合。	①月額 3,000 円 ②月額 3,000 円 ③月額 1,500 円
医療・保育・教育機関等連携加算	①福祉サービス等提供機関の職員等と面談又は会議を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、次の業務を行った場合。 Ⅰサービス利用支援 Ⅱ継続サービス利用支援 ②利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、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。 ※月3回、同一の病院等については月1回を限度とする。 ③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、それ以外の福祉サービス等提供機関それぞれで月1回を限度とする。	①-Ⅰ 月額 2,000 円 ①-Ⅱ 月額 3,000 円 ② 1回 3,000 円 ③ 1回 1,500 円

項目	算定要件等	利用料金
サービス担当者 会議実施加算	継続サービス利用支援の実施時において、利用者の居宅等を訪問し利用者に面接することに加えて、サービス等利用計画に位置付けた福祉サービス等の担当者を招集してサービス担当者会議を開催し、サービス等利用計画の実施状況について説明を行うとともに、担当者から専門的な見地からの意見を求め、サービス等利用計画の変更その他必要な便宜の提供について検討を行った場合。	月額 1,000 円 ※月に 1 回を限度とする。
サービス提供時 モニタリング 加算	継続サービス利用支援の実施時又はそれ以外の機会において、サービス等利用計画に位置付けた障害福祉サービス等を提供する事業所又は当該障害福祉サービス等の提供場所を訪問し、サービス提供場面を直接確認することより、サービスの提供状況について詳細に把握し、確認結果の記録を作成した場合。	月額 1,000 円 ※月に 1 回を限度とする。
集中支援加算	<p>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、月に 2 回以上、利用者の居宅等を訪問し、利用者及び家族に面接した場合。 ※テレビ電話装置等を活用して面接した場合を含む。ただし、月に 1 回は利用者の居宅等を訪問し、面接することを要する。</p> <p>②利用者本人及び障害福祉サービス事業者等が参加するサービス担当者会議を開催した場合。</p> <p>③障害福祉サービスの利用に関連して、病院、企業、保育所、特別支援学校又は地方自治体等からの求めに応じ、当該機関の主催する会議へ参加した場合。</p> <p>④利用者が病院等に通院するに当たり、病院等を訪問し、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。 ※月 3 回、同一の病院等については月 1 回を限度とする。</p> <p>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、それ以外の福祉サービス等提供機関それぞれで月 1 回を限度とする。</p>	<p>①月額 3,000 円 ②月額 3,000 円 ③月額 3,000 円 ④ 1 回 3,000 円 ⑤ 1 回 1,500 円</p>
精神障害者支援 体制加算（Ⅱ）	精神障害者研修を修了した相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表していること	月額 300 円
要医療児者支援 体制加算（Ⅱ）	医療的ケア児等コーディネーター養成研修を修了した相談支援専門員を 1 名以上配置し、その旨を公表していること	月額 300 円

処遇改善加算	介護職員（相談支援専門員）の処遇を改善するため、賃金改善を行っていること等に対して所定の割合の料金をいただきます。	料金の総額に5.1%を乗じた額
--------	---	-----------------

8. その他の費用（交通費）

通常の事業実施地域以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いただきます。なお、利用料を変更する場合は、変更を行う日の1ヵ月前までに文書で連絡します。

ア. 通常の事業実施地域の境界から片道5km未満 300円

イ. 通常の事業実施地域の境界から片道5km以上10km未満 500円

ウ. 通常の事業実施地域の境界から片道10km以上の場合は、上記イの額に5km毎に300円を加算した額

9. 料金の支払方法について

利用料金及びその他の費用は、月ごとにまとめて翌月に請求しますので、その月末までに次のいずれかの方法によりお支払いください。

なお、利用者負担金の受領に関わる領収書等については、利用者負担金の支払いを受けた後に発行し、次回の請求書送付時に同封して送付します。

支払い方法	支払い要件等
銀行振り込み	事業所が指定する口座へお振込を頂き、お支払いいただきます。（お振込手数料のご負担をお願いします。）
現金払い	事業所窓口で、お支払いいただきます。

10. サービスの利用に関する留意事項

サービス提供を行う相談支援専門員	サービス提供時に、担当の相談支援専門員を決定します。
相談支援専門員の交代	<p>◆事業者からの相談支援専門員の交代</p> <p>事業者の都合により、相談支援専門員を交代することがあります。相談支援専門員を交代する場合は、利用者に対してサービス利用上の不利益が生じないよう十分に配慮するものとします。</p> <p>※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ご要望がありましたら、お客様相談窓口等にご遠慮なく相談ください。</p>

11. サービスの利用に関する禁止事項

利用者、ご家族、関係者等において、次に掲げるいずれかの事由が発生した場合は、やむを得ずサービスを終了する場合があります。

- (1) 事業所の従業員に対する暴言、暴力、嫌がらせ、誹謗中傷などの迷惑行為
- (2) 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などの行為
- (3) サービス利用中に事業所の従業員の写真や動画撮影、録音したものを無断でSNSなどに掲載すること

12. 虐待の防止について

事業者は、利用者の人権の擁護・虐待の発生又はその再発を防止するために、次の必要な措置を講じます。

- (1) 虐待防止に関する担当者は、管理者とします。
- (2) 虐待防止のための対策を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っています。
- (3) 従業者に対して、虐待を防止するための定期的な研修を実施します。
- (4) サービス提供中に、事業所の従業者又は養護者（現に養護しているご家族・親族・同居人等）による虐待を受けたと思われる利用者を発見した場合は、速やかに、障害者虐待防止法に基づきこれを市に通報します。

13. 身体的拘束等について

事業所は、原則として利用者に対して身体的拘束等を行いません。ただし、自傷他害等のおそれがある場合など、利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことが考えられ、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たすときは、利用者またはご家族に対して説明し同意を得た上で、必要最小限の範囲内で身体的拘束等を行うことがあります。その場合は、態様及び時間、利用者の心身の状況、緊急やむを得ない理由、経過観察並びに検討内容についての記録し、5年間保存します。また、身体的拘束等をなくしていくための取り組みとして、身体拘束適正化委員会を定期的に開催します。

- (1) 切迫性……直ちに身体的拘束等を行わなければ、利用者本人または他人の生命・身体に危険が及ぶことが考えられる場合。
- (2) 非代替性……身体的拘束等以外に、代替する介護方法がない場合。
- (3) 一時性……利用者本人または他人の生命・身体に対して危険が及ぶことがなくなれば、直ちに身体的拘束等を解く場合。

14. 業務継続計画の策定について

事業所は、感染症に係る業務継続計画及び災害に係る業務継続計画を作成しています。

- (1) 感染症及び災害に係る研修を定期的(年1回以上)に行います。
- (2) 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、訓練を実施します。
- (3) 定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行います。

15. 衛生管理等

事業所は、事業所において感染症の発生の防止、又はまん延しないように次の必要な措置を講じます。

- (1) 感染症のための対策を検討する委員会を定期的に開催し、その結果について職員に周知徹底を図ります。
- (2) 感染症の予防及びまん延の防止のための指針を整備しています。
- (3) 感染症の予防及びまん延の防止のための研修及び訓練を定期的を実施します。
- (4) 職員の清潔の保持及び健康状態について、必要な管理を行います。

16. 重要事項の変更

重要事項説明書に記載した内容に変更が生じた場合は、利用者に説明の上、変更内容を記載した別紙を作成して同意を得るものとします。

17. 利用者の記録や情報の管理、開示について

本事業所では、関係法令（及び丹波市社会福祉協議会個人情報保護規定）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は、1枚20円とし、利用者の負担となります。）保存期間は、指定相談支援サービスの提供を完了した日から5年間です。

* 本事業所における記録の項目は次のとおりです。

- (1) サービス利用計画
- (2) アセスメントの記録
- (3) サービス担当者会議等の記録
- (4) モニタリング結果の記録
- (5) 利用者の障害の状態ならびに給付等の受給状況について、厚生労働省令で義務付けられた市町村への通知事項
- (6) 利用者からの苦情の内容等の記録
- (7) 事故の状況及び事故に際しての対応の記録

閲覧・複写の受付	月曜日～金曜日 8：30～17：15
----------	--------------------

18. 相談・苦情窓口について

当事業所が提供するサービスについてご相談や苦情などがございましたら、つぎの窓口まで遠慮なくお申し出ください。

相談窓口（管理者） 石塚 有美	電話番号	0795-74-4763
	FAX番号	0795-74-0478
	受付時間	8：30～17：15（月～金曜日・祝日除く）

行政機関その他苦情受付機関

丹波市役所 健康福祉部 障がい福祉課	所在地	兵庫県丹波市氷上町常楽 211
	電話番号	0795-88-5262
	F A X	0795-88-5283
兵庫県 丹波県民局	所在地	兵庫県丹波市柏原町柏原 688
	電話番号	0795-72-0500
兵庫県国民健康 保険団体連合会 介護サービス苦 情相談窓口	所在地	兵庫県神戸市中央区三宮町 1 丁目 9 番 1 -1801 号
	電話番号	078-332-5617
	F A X	078-332-5650
	受付時間	8：45～17：15（月～金曜日・祝日除く）
兵庫県社会福祉 協議会 福祉サービス運 営適正化委員会 事務局	所在地	兵庫県神戸市中央区坂口通 2 - 1 - 1
	電話番号	078-242-6868
	F A X	078-271-1709
	受付時間	10：00～16：00（月～金曜日・祝日除く）

指定相談支援サービスの提供の開始に際し、本書面にに基づき重要事項の説明を

行いました。

説明した日時

令和 年 月 日
(午前・午後 時 分、居宅・その他)

管理者氏名 石塚有美

説明者職氏名

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、指定相談支援サービスの提供開始に同意しました。

契約者住所

契約者氏名

印

代理人住所

代理人氏名

印

(契約者との続柄等：)