

「相談支援事業所 重要事項説明書」

あなたに対する相談支援事業サービスの提供開始にあたり、厚生労働省令に基づいて当事業所があなたに説明すべき内容は次の通りです。

1. サービスを提供する事業者

名 称	株式会社 黒川仏壇店
所 在 地	石川県金沢市安江町4番6号
電話番号	076-263-4765
代表者氏名	黒川 義信
設立年月	昭和 47年 12月 1日

2. 利用施設

事業所の種類	指定特定相談支援事業所事業所 指定障害児相談支援事業所 令和 5年 3月 1日指定
事業所の名称 (事業所番号)	相談支援事業所レッツ 特定相談支援 (1732301146) 障害児相談支援 (1772300099)
事業所の所在地	石川県能美市寺井町大長野50番1号
連絡先	電話番号 0761-58-1147 FAX 0761-58-0865
管理者	白玉 健博 (兼任)
サービスの実施地域	能美市・小松市・白山市・川北町全域
設 年 月 日	令和5年 3月 1日

3. サービスの目的・運営方針

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計画相談支援サービス及び児童福祉法に基づく障害児相談支援サービスを適切に提供する事を目的とします。
運営方針	当事業所は、相談支援を利用する障害者が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、当該利用者の身体の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者又はそ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果的に提供されるよう、援助を適切に行うものとする。

4. サービスに係る施設・設備等の概要

(1) 施設

建物	構 造	鉄骨 2 階立て
	敷地面積	842.97 m ²
	延べ床面積	420.14 m ²

(2) 主な設備

名称	部屋数	備 考
1 F		
作業室	1 室	就労継続支援 B 型 レッツ
休憩室	2 室	個室
相談室	1 室	
トイレ	2 室	身障者用トイレ シャワー付き 1 室
給湯室	1 室	ガスコンロ設置
2 F		
作業室	1 室	就労継続支援 B 型 レッツ
倉庫	1 室	
事務室	1 室	
相談室	1 室	事務所内
トイレ	1 室	
リフト室	1 室	

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し以上の施設・設備を設置しています。

5. サービス提供職員の設置状況（就労継続支援 B 型事業のみ）

職 種	員数	常 勤		非常勤		備 考
		専従	兼務	専従	兼務	
管理者	1		1			相談支援専門員と兼務
相談支援専門員	1		1			

当事業所では、厚生労働省の定める指定基準を遵守し指定障害福祉サービスを提供する職員として、上記の職種の職員以上を配置しています。

(1) 各職種の勤務体系

職 種	勤務時間
管理者	常勤職員の基本勤務時間帯 (8 : 3 0 ~ 1 7 : 3 0)
相談支援専門員	

(2) 営業日とサービス提供時間

営業日：月曜日～金曜日（土日・祝日及び12月29日～1月4日の間は休業）

サービス提供時間：9：00～17：00まで

6. サービス提供の内容

①サービス等利用計画の作成

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、サービス等利用計画を作成します。

<サービス等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、利用者及びその家族に面接して利用者の心身の状況等、利用者が希望する生活や利用者が自立した日常生活を営むことができるよう支援する上で解決すべき課題等を把握します。

(2) サービス等利用計画の作成の開始にあたっては、当該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の内容、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て、利用者にサービスの選択を求めます。

(3) 利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者及び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（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に配慮します。

(4) 利用者についてのアセスメントに基づき、当該地域における指定障害福祉サービス等又は指定地域生活相談支援が提供される体制を勘案して、当該アセスメントにより把握された解決すべき課題等に対応するための最も適切な福祉サービス等の組み合わせについて検討し、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、障害者自立支援法第五条二十二項に規定する厚生労働省令で定める期間に係る提案等を記載したサービス等利用計画案を作成します。

(5) (4) で作成したサービス等利用計画案に盛り込んだ福祉サービス等について、介護給付費等の対象となるか否かを区分した上で、当該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、利用者等の同意を得た上で決定します。

(6) 支給決定又は地域相談支援給付決定が行われた後に、障害福祉サービス事業者等、一般相談支援事業者その他の者との連絡調整を行うとともに、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た会議の開催等により当該サービス等利用計画案の内容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意

見等を求めることとします。又これを基に、相談支援専門員はサービス等利用計画を作成し、利用者等の同意を得た上で決定します。

②サービス等利用計画作成後の便宜の供与

- ・ サービス等利用計画作成後、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」という。）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うとともに、新たな支給決定、又は地域相談支援給付決定に係る申請の勧奨及び必要な援助を行います。

- ・ 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調整を行うとともに、利用者の居宅等を訪問し、利用者等に面接するほか、その結果を記録します。

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。

④障害者支援施設等への紹介 ご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ご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。

7. 利用料金

①サービス利用料金

計画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、市町村から計画相談支援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。事業者が計画相談支援給付費額の代理受領を行わない場合は、15,000 円の金額を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区市町村に申請すると計画相談支援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いただきます。自動車を使用した場合は、事業所と目的地の距離に、1 kmあたり 50 円を乗じて得た額とします。

前記②の料金は1ヶ月ごとに計算し、請求書を翌月の15日までに送付しますので、当月の利用料金の合計金額を、請求月の25日までに現金または銀行振込によりお支払いください。

振込口座の方は請求書に記載されているところにお振込みください。

8. サービスの利用に関する留意事項

(1) 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。担当の相談支援専門員が交替する場合は、予め利用者に説明するとともに、利用者及びその家族等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します。

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。

9. 利用者の記録及び情報の管理等

本事業所では、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、利用者の負担となります。) 保存期間は、計画相談支援サービスを提供した日から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) 福祉サービス等の事業を行う者等との連絡調整に関する記録
- (2) サービス等利用計画案及びサービス等利用計画
- (3) アセスメントの記録
- (4) サービス担当者会議等の記録
- (5) モニタリング結果の記録
- (6) 関係機関からの情報提供に関する記録
- (7) 契約書
- (8) 重要事項説明書
- (9) 利用者負担に関する関係書類
- (10) 利用者に関する区市町村への通知に係る記録
- (11) 利用者からの苦情内容等の記録
- (12) 事故の状況及び事故に際しての採った処置についての記録

※閲覧・複写対応は10:00～16:00までになります。

10. 損害賠償保険への加入

本事業者は、下記の損害賠償保険に加入しております。

保険会社名 補償の概要	東京海上日動 超Tプロテクション ・業務災害総合保険
----------------	-------------------------------

11. 要望・苦情等申立先に関する相談窓口、及び虐待防止対応等について

(1) 要望・苦情等申立先

当事業所 利用相談窓口	窓口担当者：白玉 健博 苦情受付責任者：管理者 白玉 健博 受付日時：月曜日～金曜日、9時～17時
----------------	---

能美市いきいき共生課	所在地 : 能美市来丸町 1 1 1 0 番地 電 話 : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 3 3 F A X : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 9 2 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分
小松市ふれあい福祉課	所在地 : 小松市小馬出町 9 1 電 話 : 0 7 6 1 - 2 4 - 8 0 5 1 F A X : 0 7 6 1 - 2 3 - 0 2 9 4 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分
白山市障害福祉課	所在地 : 白山市倉光 2 丁目 1 番地 電 話 : 0 7 6 - 2 7 4 - 9 5 2 6 F A X : 0 7 6 - 2 7 5 - 2 2 1 1 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分
川北町役場福祉課	所在地 : 能美郡川北町字壱ツ屋 1 7 4 電 話 : 0 7 6 - 2 7 7 - 8 3 8 8 F A X : 0 7 6 - 2 7 7 - 8 3 5 5 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分
石川県社会福祉協議会 運営適正化委員会	所在地 : 金沢市本多町 3 丁目 1 番 1 0 号 電 話 : 0 7 6 - 2 3 4 - 2 5 5 6 F A X : 0 7 6 - 2 3 4 - 2 5 5 8 受付日時 : 月曜日～金曜日 9 時～1 7 時

(2) 虐待防止対応受付・通報先

当事業所 虐待防止対応受付	虐待防止対応責任者 : 白玉 健博 受付日時 : 月曜日～金曜日、9 時～ 1 7 時
能美市障害者 基幹相談支援センター	所在地 : 能美市寺井町を 5 2 番地 電 話 : 0 8 0 - 2 1 4 7 - 9 8 0 8 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分
施設虐待 能美市福祉課	所在地 : 能美市来丸町 1 1 1 0 番地 電 話 : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 3 0 F A X : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 9 4
養護者虐待 能美市いきいき共生課	電 話 : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 3 3 F A X : 0 7 6 1 - 5 8 - 2 2 9 2 受付日時 : 月曜日～金曜日、8 時 30 分～17 時 15 分 休日・夜間 : 0 7 6 1 - 5 8 - 1 1 1 1 (代 17:15～8:30)

川北町 障害者虐待防止センター	所在地：川北町役場 福祉課内 電 話：０７６－２７７－８３８８ ＦＡＸ：０７６－２７７－８３５５ 休日・夜間：０７６－２７７－１１１１ (代 17:15～8:30)
白山市 障害者虐待防止センター	所在地：白山市役所 障害福祉課内 電 話：０７６－２７４－９５２６ ＦＡＸ：０７６－２７５－２２１１ 休日・夜間：０７６－２７６－１１１１ (代 17:15～8:30)
小松市 障害者虐待防止センター	所在地：小松市役所 ふれあい福祉課内 電 話：０７６１－２４－８１８２ ＦＡＸ：０７６１－２３－０２９４ 休日・夜間：０７６１－２４－８１８２ (17:15～8:30)
石川県障害者虐待者権利擁護サポートデスク	所在地：石川県庁 障害保健福祉課内 電 話：０７６－２２５－１４６４ ＦＡＸ：０７６－２２５－１４２９

１６．提供するサービスの第三者評価の実施について

現在、第三者評価については行っていません。

令和 年 月 日

計画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。

事業所名 ： 相談支援事業所 レッツ

説明者職名 ： 管理者

氏名 ： 白玉 健博

Ⓔ

私は、本書面に基づいて事業者から相談支援事業所 レッツ のサービス提供及び
利用について重要事項の説明を受け、同意しました。

利用者住所：

氏 名： _____ (印)

代理人住所：

氏 名： _____ (印)

続 柄：