

こども発達支援相談事業所 ぶどうの木昭苑

「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	学校法人堀口学園
法人の種別	学校法人
所在地	千葉県印旛郡酒々井町東酒々井一丁目1-105番地
電話番号	043-496-3238
代表者の職名・氏名	理事長 堀口 路加
法人の設立年月日	昭和50年3月31日

2 担当する事業所の概要

事業所の名称	こども発達支援相談事業所 ぶどうの木昭苑
所在地	千葉県印旛郡酒々井町東酒々井一丁目1-105番地
電話番号・FAX	電話：043-312-6111 FAX：043-496-3244
事業所種別 指定年月日	障害児相談支援（令和6年2月1日指定）
事業所が行っている 他の障害福祉サービス	こども発達支援事業所 エール昭苑（令和5年4月1日指定） 放課後等デイサービス オリーブ昭苑（令和6年2月1日指定）
営業日・営業時間	営業日：平日 月曜日～金曜日 （国民の祝日及び12月31日から1月3日を除く） 営業時間：午前9時～午後5時
サービス提供日・サービス提供時間	同上
通常の事業実施地域	酒々井町の全域及び約3.5キロ県内の隣接市（成田市の一部・印西市の一部・佐倉市の一部・八街市の一部・富里市の一部）
事業の目的及び運営方針	地域において発達に課題のある児童の保護者からの相談に応じ、その児童が自立した日常生活または社会生活を営むことができるよう、心身の状況、その置かれている環境等に応じて、保護者の選択に基づき、適切な児童福祉サービス等を、多様な事業者から総合的かつ効率的に供与できるよう連絡調整その他の便宜を総合的に勘案し、計画相談支援を行うものとする。

3 事業所の職員体制（令和6年2月現在）

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数	備考
管理者	1		1	

相談支援専門員	1		1	
事務員		1	1	

4 主たる対象者

発達に課題のある児童（身体に障害のある児童・生徒、知的障害のある児童・生徒又は精神に障害のある児童・生徒）※発達障害者支援法第2条第2項に規定する発達障害児

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。
2	情報の提供 発達に課題のある児童の保護者（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児通所支援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。
3	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 ・生活全般の解決すべき課題 - 及びその達成時期 ・福祉サービス等の種類、内容、量 - 留意事項 ・モニタリング期間 ・総合的な援助の方針 ・提供される福祉サービス等の目標 ・福祉サービス等を提供する上での
4	サービス等利用計画（案）の交付 サービス等利用計画（案）は、法の障害児通所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、障害児通所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	
5	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。

6 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、市・町へ提出します。

(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。

2 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、市・町の求めがあった場合は市・町へ提出します。

3 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。

4 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児入所施設等への入所・入院を希望する場合には、障害児入所施設等への紹介その他の便宜の提供を行います。
- ・ 障害児入所施設、医療機関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	○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
----------------------	--

費

○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、市・町に対し計画相談支援給付費の請求を行い、市・町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	1,692	10.36 円	17,529 円
継続サービス利用支援費	1,376	10.36 円	14,255 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。

7 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、協力医療機関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。

【協力医療機関】

医療機関の名称	医療法人社団 新虎の門会 酒々井虎ノ門クリニック
住所	酒々井町飯野2丁目8-9
氏名	院長 大前 利道
連絡先	043-310-7021

8 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	ぶどうの木昭苑 管理者 茂木 宗一郎
電話番号	043-312-6111
受付時間	午前9時～午後5時

(2) 当事業所が選任した第三者委員

氏名	小早 稲美穂
連絡先	酒々井町東酒々井1-1-8 2 090-8916-5828
氏名	林 華子
連絡先	酒々井町上岩橋286-3 1 090-7702-4826

(3) 酒々井町の相談・苦情窓口

担当部署	健康福祉課 福祉班
電話番号	043-496-1171
受付時間	午前9時～午後5時

(4) 千葉県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」と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	千葉県社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
------	------------------------------

電話番号	043-246-0294
受付時間	月～金曜日 午前9時～午後5時

9 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	ぶどうの木昭苑 管理者 茂木 宗一郎
----------	--------------------

令和 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】

(説明者) 管理者 茂木 宗一郎

(所在地) 〒285-0923

印旛郡酒々井町東酒々井1丁目1-105番地

(事業者名) 学校法人堀口学園

(代表者の職・氏名)

理事長 堀口 路加 (公印省略)

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。

【給付決定保護者】

〒

住所

保護者氏名

(自署につき押印省略)