

移動支援事業 重要事項説明書

本重要事項説明書は、当事業所とサービス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サービスの内容、契約上ご注意いただきたいことを説明するものです。

本事業所では、利用者に対して障害者自立支援法に基づく移動支援におけるサービスを提供します。当サービスの利用は、原則として移動支援の利用決定を受けた方が対象となります。

法人名：社会医療法人 杏嶺会

事業所名：ヘルパーステーションやすらぎ

当事業所は一宮市の指定を受けています

1. 事業者の概要

名称	社会医療法人 杏嶺会
法人所在地	愛知県一宮市奥町字下口西 89 番地
電話番号	0586-61-6800
代表者氏名	理事長 上林 弘和

2. 事業所の概要

事業の目的	社会医療法人杏嶺会が開設するヘルパーステーションやすらぎ（以下「事業所」という。）が行う一宮市における移動支援事業の適正な運営を確保するために人員及び管理運営に関する事項を定め、事業所の従業者が支給決定を受けた利用者及び障害児に対し、適正な移動支援サービスを提供することを目的とします。
事業所の名称	ヘルパーステーションやすらぎ
事業所の所在地	愛知県一宮市奥町字下口西 72 番地 1
事業所の電話番号	0586-80-8008
通常の実業の実施地域	一宮市
サービスの主たる対象者	身体障害者 知的障害者 精神障害者 障害児（18 歳未満の身体障害者、知的障害者及び精神障害者）
営業日・時間	月曜日～金曜日 午前 8 : 30～午後 5 : 20 （ただし 12 月 30 日から 1 月 3 日までを除く。） 営業日以外は必要と認められた場合のみ営業。
サービス提供日・時間	月曜日～金曜日 午前 8 : 30～午後 5 : 20 （ただし 12 月 30 日から 1 月 3 日までを除く。） 営業日以外は必要と認められた場合のみ営業。
登録事業所番号	2362111037
登録年月日	平成 28 年 6 月 1 日
運営の方針	<ol style="list-style-type: none"> 1. 事業所の従業者は、利用者及び障害児が居宅において日常生活を営むことができるよう、その利用者の身体その他の状況及びその置かれている環境に応じて、外出時における移動中の介護を適切かつ効果的に行うものとします。 2. 事業所の従業者は、利用者及び障害児の意思及び人格を尊重し、常に利用者及び障害児の立場に立って移動支援サービスの提供を行います。 3. 事業の実施に当たっては、地域との結びつきを重視し関係市町

	村、他の障害福祉サービス事業者、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を務めるものとします。												
事業所が行う 他サービス	<table border="0"> <tr> <td>指定訪問介護</td> <td>平成 26 年 4 月 1 日</td> <td>愛知県指定</td> </tr> <tr> <td>第一号訪問事業</td> <td>平成 26 年 4 月 1 日</td> <td>愛知県指定</td> </tr> <tr> <td>居宅介護</td> <td>平成 26 年 4 月 1 日</td> <td>愛知県指定</td> </tr> <tr> <td>重度訪問介護</td> <td>平成 26 年 4 月 1 日</td> <td>愛知県指定</td> </tr> </table>	指定訪問介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定	第一号訪問事業	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定	居宅介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定	重度訪問介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定
指定訪問介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定											
第一号訪問事業	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定											
居宅介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定											
重度訪問介護	平成 26 年 4 月 1 日	愛知県指定											

3. 事業所の職員体制

① 管理者 1名

管理者は、事業所の従業者の管理及び業務の管理を一元化に行うとともに、従業者に事業に関する法令等の規定を遵守させるため必要な指揮命令を行います。

② サービス提供責任者 3名以上

サービス提供責任者は居宅介護等の計画を作成し、利用者及びその同居の家族にその内容を説明するほか、事業所に対する指定居宅介護の利用の申し込みに係る調整、従業者に対する技術指導等のサービスの内容の管理を行います。

③ 従業者 常勤換算 2.5 以上

従業者は、指定居宅介護等の提供に当たります。

4. サービスの内容

- 利用者等に対するサービスは、利用者の希望により次のとおり区分されるものとします。

個別支援	利用者の外出における個別への支援を行います。
グループ支援	2人の利用者からなるグループの外出における支援を行います。

- 本事業所は、次の各号に掲げる支援をすべて行うものとします。

- ① 外出時の利用者の健康面の管理
- ② 外出の準備に伴う支援（整容、手荷物準備等）
- ③ 外出に伴う支援
- ④ 外出中及びその前後における他者とのコミュニケーションに係る支援等
- ⑤ 外出から帰宅した直後の対応支援（荷物整理等）

5. 利用料金

① サービスにかかる利用料

上記サービスの利用に対しては、通常 9 割が介護給付費の給付対象となります。事業者が介護給付費を代理受領する場合には、利用者は、利用者負担分としてサービス料金の 1 割（定率負担）を事業者にお支払いいただきます。個別減免が適用される場合には、減免後の金額となります。

② 利用者負担額の上限等について

介護給付費対象のサービスの利用者負担額は上限が定められております。

利用料管理票にて上限額を超えないよう管理致しますので、ご利用の際は当事業所へ必ずご相談ください。

③ 2 人の従業者により訪問を行った場合について

1 人の従業者による介護が困難と認められる場合等で、利用者の同意のもと 2 人の従業者でサービスを提供した場合は、2 倍の利用者負担額をいただきます。

④ サービス利用にかかる実費負担額

サービス提供に要する下記の費用は、介護給付費支給の対象ではありませんので、実費を徴収させていただきます。

- ・ 交通費
- ・ 娯楽施設等の入場料
- ・ 飲食費（一部負担）

⑤ 利用料及び実費負担額のお支払い方法

前記①～④の料金・費用は、1 か月ごとに計算し、月末締めとして、翌月に口座振替引き落としとなります。毎月 10 日過ぎにサービス利用明細書を発行させていただきます。口座からの引き落としが確認できましたら領収書を発行させていただきます。

また 1 か月に満たない期間のサービスに関する利用料金は、利用状況に基づいて計算した金額とします。

6. サービスの利用に関する留意事項

① 受給者証の確認

「住所」及び「利用料上限額」など「受給者証」の記載内容に変更があった場合は速やかに従業者にお知らせください。また、担当従業者が「受給者証」の確認をさせていただく場合には、ご提示くださいますようお願いいたします。

② 利用の中止、変更、追加

利用予定日の前に、利用者の都合により、サービスの利用を中止又は変更することができます。この場合にはサービスの実施日の前日午後 5 時 20 分までに事業者へ申し出てください。

利用予定日の前日までに申し出がなく、当日になって利用の中止の申し出をされた場合、

取消料として下記の料金をお支払いいただく場合があります。ただし、利用者の体調不良等やむをえない場合に限り取消料はいただきません。

利用予定日の前日までに申し出があった場合	無料
利用予定日の前日までに申し出がなかった場合	利用料相当額

③ 従業者について

サービス提供時に、担当従業者を決定します。ただし実際のサービス提供にあたっては、複数の従業者が交替してサービスを提供します。利用者から特定の従業者を指名することはできませんが、従業者についてお気づきの点やご要望がありましたら、相談窓口等にご遠慮なくご相談ください。

④ 従業者の禁止行為

従業者はサービスの提供にあたって次に規定する行為等を行いません。

- ・ 医行為
- ・ 利用者又は家族の金銭、預貯金通帳、証書、書類などの預かり
- ・ 利用者又は家族からの金銭、物品、飲食の授受
- ・ 利用者の配偶者又は2親等以内の親族（姻族を含む。）によるサービス
- ・ 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為
(利用者又は第三者等の生命や身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く)
- ・ 通院
- ・ 通勤又は営業活動等の経済活動に係る外出
- ・ 通園又は通学（保護者のやむを得ない事情により東大阪市長が利用を認めた場合を除く。）
- ・ 法令や国の要綱・通知等により、施設等が行うこととされている送迎
- ・ 事業者、法に定める他の事業を行う者又は障害者福祉作業所が主催する活動への参加のための外出
- ・ 社会通念上適当でない外出
- ・ 前各号の定めのほか、通年かつ長期に渡る外出

⑤ 緊急時の対応について

サービスの提供を行っているときに利用者の病状の急変、サービス提供による事故が生じた場合その他緊急事態が生じた場合は、速やかに主治医及び家族にご連絡します。なお、ご家族が不在の場合等、必要に応じて緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

⑥ 損害賠償保険への加入

当時業者は、利用者に対するサービスの提供にあたって、事故が発生し、利用者又は家族の生命・身体・財産に損害が発生した場合は、速やかに利用者に対して損害を賠償します。

ただし、事業者が故意・過失がなかった場合はこの限りではありません。

⑦ 虐待防止に関する事項

事業所は、利用者及び障害児の人権の擁護、虐待の防止等のため、必要な体制の整備を行うとともに、次のとおり措置を講ずるものとする。

- ・ 事業所における虐待防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を定期的開催するとともに、その結果について、従事者に周知徹底を図る。
- ・ 事業所において、従事者に対し、虐待防止のための研修を定期的実施する。
- ・ 前項に掲げる措置を適切に実施するための担当者を置く。

⑧ 身体拘束に関する事項

事業所は、サービスの提供にあたっては、利用者またはほかの利用者の生命及び身体を保護するために緊急その他やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限する行為（以下「身体拘束等」という。）を行わないものとする。

- ・ 事業所は、やむを得ず前項の身体拘束等を行う場合には、その態様及び時間、その際の利用者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由など必要な事項を記録するものとする。
- ・ 事業所は、身体拘束等の適正化を図るために、次に掲げる措置を講ずるものとする。
 - 身体拘束等の適正化のための指針を整備する。
 - 従業者に対する身体拘束等の適正化のための研修を実施する。
 - 身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会の定期的な開催及び結果を周知徹底する。

⑨ 感染症の予防及びまん延防止に関する事項

事業所は、事業所において感染症が発生し、又はまん延しないように、次のとおり措置を講ずるものとする。

- ・ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための対策を検討する委員会（テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。）を開催するとともに、その結果について、従業者に周知徹底する。
- ・ 事業所における感染症の予防及びまん延防止のための指針を整備する。
- ・ 事業所において、従業者に対し、感染症の予防及びまん延防止のための研修及び訓練を定期的実施する。

⑩ 業務継続計画の策定等に関する事項

事業所は、感染症や非常災害の発生時において、利用者に対する指定障害福祉サービスの提供を継続

的に実施するための、及び非常時の体制で早期の業務再開を図るための計画（以下「業務継続計画」という。）を策定し、当該業務継続計画に従い、必要な措置を講ずるものとする。

- ・ 事業所は従業者に対し、業務継続計画について説明、周知するとともに、必要な研修及び訓練を定期的実施するものとする。
- ・ 事業所は、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うものとする

7. サービス実施の記録について

① サービス実施記録の確認

本事業所では、サービス提供ごとに、実施日時及び実施したサービス内容などを記録し、利用者にその内容のご確認をいただきます。内容に、間違いやご意見があればいつでもお申し出ください。なお、サービス提供ごとの記録は、サービス提供日より5年間保存します。

② 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（社会医療法人杏嶺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などの諸費用は、利用者の負担となります。）

8. 苦情等の受付について

サービスに対する苦情やご意見、利用料のお支払いや手続きなどサービス利用に関するご相談、利用者の記録等の情報開示の請求は以下の専用窓口で受け付けます。

○お客様相談係

<苦情受付窓口>

サービス提供責任者 長澤 かおり

<苦情解決責任者>

管理者 田中 亜紀

○受付時間 毎週月曜日～金曜日 午前8時30分～午後5時20分

- ・ 行政機関その他苦情受付機関

一宮市役所 福祉部障害福祉課	所在地 一宮市本町2丁目5番6号 電話番号 (0586) 28-9147 (ダイヤルイン) F A X (0586) 73-9124 受付時間 午前8時30分～午後5時15分
愛知県社会福祉協議会 (運営適正化委員会)	所在地 名古屋市東区白壁1丁目50番地 電話番号 (052) 212-5515 F A X (052) 212-5514 受付時間 午前9時～午後5時

令和 年 月 日

移動支援事業の提供開始にあたり、本書面に基づき重要事項の説明を行いました。

事業所 一宮市奥町字下口西72番地の1
ヘルパーステーションやすらぎ
説明者 管理者 田中 亜紀

私は、本説明書に基づいて、事業所から移動支援事業についての重要事項の説明を受けました。
その内容に同意し、移動支援事業のサービスを受けます。

利用者 住所 _____

氏名 _____

家 族 住所 _____

氏名 _____ (続柄)

利用者は、身体の状況により署名できないため、利用者本人の意思を確認の上、私が利用者に代わって署名を代筆しました。

署名代筆者（利用者との関係 : _____)

住所 _____

氏名 _____