

重要事項説明書

社会福祉法人 福角会
福角会ホームヘルプサービス事業所
(移動支援 児童)

い どう し えん じゅう よう じ こ う せ つ め い し ょ
移動支援重要事項説明書

移動支援の提供にあたり、当事業所が利用を希望する家族等の扶養義務者や代理人等（以下「扶養義務者等」といいます。）及び扶養義務者等の子（以下「利用者」といいます。）に説明すべき事項は次のとおりです。

1. 事業所経営法人の概要

めい 名	しょう 称	ふくずみかい 福角会
ほう 法	じん 種	しゃかいふくしほうじん 社会福祉法人
ほう 法	じん 所 在 地	え ひめけんまつやま し ふくずみちょうこう 愛媛県松山市福角町甲1829番地
でん 電	わ 話 ばん 番 号	089-978-5855
だい 代	ひょう 表 しゃ 氏 名	り じ ち ょ う やま さ き た か し 理事長 山崎 隆

2. 事業所の概要

めい 名	しょう 称	ふくずみかい ほ ー む へ る ぶ さ ー び す じぎょうじょ 福角会ホームヘルプサービス事業所
し ょ ざ い ち	所 在 地	え ひめけんまつやましうちみやちょう 2 0 0 7 ばん ち 愛媛県松山市内宮町2007番地5
かん り し ゃ し め い	管 理 者 氏 名	う つ の み や ひ る ひ と 宇都宮 浩人
で ん わ ばん 号	電 話 番 号	089-978-7778 つうじょうえいぎょうじかかんがい けいたいでんわ 通常営業時間外 携帯電話 090-8971-1890
ふあつくす	FAX・メール	ふあつくす FAX：089-978-7776 め ー る メール：chiiki-shien@theia.ocn.ne.jp
しきゅうけつていしちようそん	支 給 決 定 市 町 村	まつやまし とべちょう さいじょうし く ま こうげんちょう い よ し 松山市 砥部町 西条市 久万高原町 伊予市
していねんがっぴ	指 定 年 月 日	へいせい ねん がっ ちに 平成18年10月 1日
も く て き 的	目 的	おくがい いどう こんなん りようしや りようしや しんたい た 屋外での移動が困難な利用者について、利用者の身体その他の じょうきょうおよ おお かんきょう おう てきせつ がいしゅつ えんじょ 状 況 及びその置かれている環 境 に応じて、適切な外 出 の援助 おこな ちいき じりつせいかつおよ しゃかいさんか うなが などえんかつ を 行 い、地域における自立生活及び、社会参加を 促 す等円滑な がいしゅつ えんじょ もくてき 外 出 の援助を目的とします。
うん え い ほう しん	運 営 方 針	りようしや じりつ にちじょうせいかつまた しゃかいせいかつ いとなむ 利用者が自立した日 常生活又は社会生活を営むことができるよ う、当該利用者の身体その他の 状 況 及びその置かれている環 境 おうじ がいしゅつ じ いどうちゅう かいご てきせつ こうかてき おこなう に 応 じ、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 のとする。
だいさんしゃひょうか	第 三 者 評 価 の 実 施 状 況	じっし う む あり 実施の有無 ： 有 じっし び れい わ ねん がっ ちに ちに 実施日 ： 令和7年1月27日・28日

	じっしきかん なまえ しゃかいふくしほうじん えひめけんしゃかいふくしきょうぎかい 実施機関の名称：社会福祉法人 愛媛県社会福祉協議会 けつかのかいじじょうきょう ほうじんほーむぺーじ 結果の開示状況：法人ホームページ (http://hukuzumikai.com)
じ こ ひょう か 自 己 評 価	じっし う む あり 実施の有無：有

3. サービスの実施地域及び営業日・時間

- ① 実 施 地 域：松山市（島諸部は除く）
- ② 営 業 日：日曜日から土曜日（ただし祝日、年末年始を除く）
- ③ 営 業 時 間：午前8時30分～午後5時30分（サービス提供時間も同様）
- * 上記営業日・営業時間のほか、電話により24時間連絡が可能な体制とします。

【サービス提供責任者：菅 090-8971-1890】

【サービス提供責任者：山崎 090-5147-1463】

4. 従業者の体制

	じょう きん 勤 常 勤	ひじょうきん 非 常 勤	ごうけいいんすう 合計員数	び 備 考
かん り 理 者 管 理 者	1 名	—	1 名	
サービス提供責任者 サービス提供責任者	3 名	—	3 名	かいご ふくし し めい 介護福祉士 3 名 こうどうえんごゆうしかくしゃ めい 行動援護有資格者 3 名 どうこう えんご ゆう しかくしゃ めい 同行 援護 有 資格者 2 名 おうよう いっぱんかていしゅうりょうしゃ （応用・一般課程修了者）
居 宅 介 護 従 事 者 居 宅 介 護 従 事 者		1 1 名	1 1 名	
かい ご 福 し 士 介 護 福 祉 士	—	5 名	5 名	
かい ご いん じつ む し ゃ けんしゅう 介護員実務者研修 （ヘルパー1級）課程修了者	—	1 名	1 名	
かい ご しょく いん し ゃ にん し ゃ けんしゅう 介護職員初任者研修 （ヘルパー2級）課程修了者	—	5 名	5 名	
かん ご 護 し 師 看 護 師	—	1 名	1 名	かん ご し めん きょ きゅう し ゃ さ い け い 看護師免許1級者再掲
じょうき うちこうどうえんご 上記の内行動援護 有 資 格 者	—	5 名	5 名	
じょうき うちどうこうえんご 上記の内同行援護 有 資 格 者	—	8 名	8 名	

5. 当事業所が提供するサービスと利用料金

(1) 「移動支援計画」とサービス内容

当事業所では、下記のサービス内容から「移動支援計画」を定めて、サービスを提供いたします。「移動支援計画」は、市町村が決定した「支給量」と利用者及び扶養義務者の意向や心身の状況を踏まえて、具体的なサービス内容や利用者に対するサービス実施日などを記載しています。「移動支援計画」は、利用者及び扶養義務者等に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者及び扶養義務者等の申し出により、いつでも見直すことができます。

〈サービス区分及びサービス内容〉

① 移動支援計画の作成

② 移動支援

(知的障害や視覚障害がある方及び脳性まひなどの全身性障害がある方など屋外での移動に著しい制限のある方を対象としたサービスです。)

官公庁や銀行等の公共機関への用務等、社会生活上不可欠な外出及び余暇活動等社会参加のための外出の援助を行います。

※一日の範囲内で用務を終えるものを原則とし、通勤・営業活動等の経済活動に係る外出、通年かつ長期にわたる外出の介助は行いません。

(2) 利用料金 (利用者負担額)

上記のサービスの利用に対しては、通常9割が地域生活支援給付費の給付対象となります。事業者は、地域生活支援給付費の9割を代理受領し、扶養義務者等は利用者負担分として残りの金額を事業所にお支払いいただきます。なお、定率負担または利用者負担額の軽減等が適用される場合は、この限りではありません。

＜2人のヘルパーにより訪問を行った場合＞

- 1人のヘルパーによる介護が困難と認められる場合等で、利用者及び扶養義務者等の同意のもと2人のヘルパー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。

＜利用者負担額の上限等について＞

- 地域生活支援事業の利用者負担額には上限が定められています。
 - * 上記のサービスと介護給付費対象のサービスを併用される場合の利用者負担額の上限は一本化されます。
- 扶養義務者等のご希望により、当事業所を利用者負担の上限管理者に選任される場合には、サービス利用開始の際に、その旨をお申し出ください。

じゆきゆうしやしょう じようげんかん りたいしやらん がいと う き さい かた
* 受 給 者 証 の 上 限 管 理 対 象 者 欄 に 該 当 の 記 載 が あ る 方 の み

さーびすりよう じっぴふたんがく
(3) 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、地域生活支援給付費の対象ではありませんので、実費をいただきます。

- サービス実施地域外へ 従業者がお伺いした場合、片道1km毎に500円の交通費をご負担いただきます。
- 移動支援等でヘルパーと行動する場合、公共交通機関の利用料、公共施設への入場料または使用料等、ヘルパー分もご負担いただきます。
- 契約支給量を超えてサービス提供を行った場合には実費をいただきます。
- 移動支援サービス実施中における、緊急止むを得ない場合の対応について

は、自費サービスとして下記の費用をご負担いただきます。

じひさーびす ふん あ えん
自費サービス：15分当たり 500円

30分当たり 1000円

45分当たり 1500円

1時間当たり 2000円

：1時間以上の場合は15分ごとに500円を追加でご負担いただきます。

- その他、自費サービス利用に関わる費用（交通費・駐車場代など）については別途請求致します。

りようしやふたんがく およ じっぴふたんがく しはら ほうほう
(4) 利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

ぜんき およ じようきん ひよう げつ けいさん せいきゆう よくよくつき
前記(2)及び(3)の料金・費用は1か月ごとに計算し、ご請求の上、翌々月10日に予め指定して頂いた銀行口座(伊予銀行または愛媛銀行)より自動引き落としされます。(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。)

りよう ちゆうし へんこう ついか
(5) 利用の中止、変更、追加

- ① 利用予定日の前に利用者の都合により、移動支援計画で定めた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実施日の前日17時30分までに事業所に申し出てください。
- ② 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。但し利用者本人の体調不良等やむをえない場合の事情等は考慮致しますが、へ

ルパーが既に出発していた場合は取消料をいただきます。

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	ヘルパー時給相当額（1時間分）

- ③ 市町村が決定した「支給量」及び当該サービスの利用状況によっては、サービスを追加することもできます。
- ④ サービス利用の変更・追加はヘルパーの稼働状況により扶養義務者等が希望する時間にサービスの提供ができない場合があります。その場合は、他の利用可能日時を扶養義務者等に提示するほか、必要な調整をいたします。

6. サービスの利用に関する留意事項

(1) ヘルパー（ガイドヘルパー）について

- サービス提供時に、担当のヘルパーを決定します。ただし、実際のサービス提供にあたっては、複数のヘルパーが交替してサービス提供します。事業所の都合等、何らかの理由により担当のヘルパーが訪問できない場合があります。その際には、交代のヘルパーを派遣するとともに、利用者及び扶養義務者等に対してサービス利用上の不利益が生じないように十分に配慮します。
- 利用者及び扶養義務者等から特定のヘルパーを指名することはできませんが、ヘルパーについてお気づきの点やご要望がありましたら、サービス提供責任者にご遠慮なく相談下さい。

(2) サービス提供について

サービス実施のために必要な備品等（水道・ガス・電気を含む）は無償で使用させていただきます。（ヘルパーが利用者の用件で事業所に連絡する場合の電話を使用させていただきます。）

(3) 受給者証の確認

「住所」及び「利用者負担額」、「支給量」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ヘルパーにお知らせください。また、担当ヘルパーやサービス提供責任者が「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。

(4) 緊急時の対応

事業所の従業者がサービス提供を行っている際に、利用者に病状の急変が生じた場合及び、その他必要な場合は、利用者のかかりつけの医療機関又状況に応じて救急医療機関に連絡等の必要な措置を行うとともに、予め利用者が

してい ふようぎむしやとう れんらく
指定した扶養義務者等に連絡をします。

(5) ヘルパーの禁止行為

ヘルパーは、サービスの提供にあたって、次に該当する行為は行いません。

- ① 医療行為
- ② 利用者もしくは扶養義務者等の金銭、預貯金通帳、証書等の預かり
- ③ 利用者もしくは扶養義務者等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ ご契約者の扶養義務者等に対するサービス提供
- ⑤ 飲食及び喫煙（昼食時を挟む外出時等で扶養義務者等の同意を得た場合を除く）
- ⑥ 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又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除く）
- ⑦ その他利用者もしくは扶養義務者等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動及びその他迷惑行為

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、扶養義務者等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、移動支援計画及び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、利用者の記録や情報を適切に管理し、利用者及び扶養義務者等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、扶養義務者等の負担となります。）

8. 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います。

保険会社名：社会福祉法人 全国社会福祉協議会

保険名：しせつの損害補償

補償の概要：業務中の事故賠償補償 個人情報漏えい対応補償等

保険会社名：A I U損害保険（株）

保険名：個人情報漏洩保険

補償の概要： 個人情報漏洩対応補償等

*補償の対象とならない場合もあります

9. 苦情の受付について

① 苦情申立先

・福角会ホームヘルプサービス事業所の受付窓口				
担当者	職名・役職名	氏名	住所	電話番号
受付・相談担当者	サービス提供責任者	菅 英樹	松山市内宮町2007番地5	089-978-7778
第三者委員	福角会監事	川中 国和	松山市北条辻637-11	089-993-3104
	福角会評議員	萬 喜志男	松山市福角町甲633-1	089-979-0805
	選任・解任委員			
解決責任者	管理責任者	宇都宮浩人	松山市内宮町2007番地5	089-978-7778
・行政等の受付機関				
機関名	住所	電話番号		
愛媛県保健福祉部障がい福祉課	松山市一番町4-4-2	089-912-2420		
松山市保健福祉部障がい福祉課	松山市二番町4-7-2	089-948-6719		
愛媛県社会福祉協議会	松山市持田町3-8-15	089-998-3477		

10. 虐待防止に関する窓口

事業所は、利用者の人権の擁護・虐待防止の為に「障害者虐待の防止、障害者の養護者に対する支援等に関する法律（平成23年法律第79号）」を遵守するとともに、「居宅介護サービス」の提供にあたり、下記の対策を講じます。

- （1）虐待防止に関する責任者を選定しています。
- （2）成年後見制度の利用を支援します。
- （3）苦情解決体制を整備しています。
- （4）従業者に対する虐待の防止を啓発・普及するための研修を実施します。
- （5）虐待防止委員会を設置し、虐待の未然防止や虐待事案発生時の検証、再発防止策の検討等を行います。

じぎょうしょない ぎやくたいうけつけまどぐち
【事業所内の虐待受付窓口】

たんとうしゃ 担当者	し めい 氏 名	じゅう しょ 住 所	でん わ ばん ごう 電 話 番 号
ぎやくたいぼうしせきにんしゃ 虐待防止責任者	かん ひでき 菅 英樹	まつやましうちみやちよう ばんち5 松山市内宮町2007番地5	089-978-7778

（ぎょうせいきかん ぎやくたいうけつけまどぐち）
【行政機関の虐待受付窓口】

えひめけんしょう しやけんりようごせんたー 愛媛県障がい者権利擁護センター	しょうざいち まつやましいちばんちよう ちようめ 所在地 松山市一番町4丁目4-2 でんわばんごう 089-933-1577 電話番号
まつやましほけんふくしぶしょう ふくしか 松山市保健福祉部障がい福祉課 まつやまししょう しやぎやくたいぼうしせんたー (松山市障がい者虐待防止センター)	しょうざいち まつやましにばんまち 所在地 松山市二番町4-7-2 でんわばんごう 089-948-6849 電話番号

1 1. しんたいこうそく きんし 身体拘束の禁止

- (1) じぎょうしょ いどうしえん ていきよう げんそく りようしゃ たい
事業所は、「移動支援」の提供にあたっては、原則として利用者に対
してしんたいこうそく おこな
身体拘束を行いません。ただし、りようしゃほんにん たにん せいめい しんたい ほご
利用者本人または他人の生命・身体を保護
するためにきんきゆう え ばあい しんたいこうそく かん せつめいしょ りようしゃ か
緊急やむを得ない場合には「身体拘束に関する説明書」に利用者・家
族のどうい え としき じようけん きかんない ひつようさいしやうげん はんい しんたいこうそくとう
同意を得た時のみ、その条件と期間内にて必要最小限の範囲で身体拘束等
をおこな
を行うことがあります。
- (2) じぎょうしょ え ぜんこう しんたいこうそくとう おこな ばあい たいようおよ じかん
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
のさい りようしゃ しんしん じようきやうなら きんきゆう え りゆう ひつよう じこう きろく
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
することとします。
- (3) じぎょうしょ しんたいこうそくとう てきせい か たいさく けんとう いいんかい ていきてき かいさい
事業所は身体拘束等の適正化のための対策を検討する委員会を定期的に開催す
るとともに、そのけつか じゆうぎようしゃとう しゅうち てつてい はか
結果について、従業者等に周知徹底を図ることとします。
- (4) しんたいこうそくとう てきせい か しんしん しゃかいふくしほうじんふくずみかいじんけんしんがいはう
身体拘束等の適正化のための指針については、社会福祉法人福角会人権侵害防
とめきてい きさい とお
止規定に記載の通りとします。
- (5) じゆうぎようしゃ たい しんたいこうそくとう てきせい か けんしゅうかい ていきてき じっし
従業者に対して、身体拘束等の適正化のための研修会を定期的に実施するこ
ととします。

令和 年 月 日

指定ホームヘルプサービスの利用にあたり、契約に際し扶養義務者等に対して契約書
及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業所名 福角会ホームヘルプサービス事業所

説明者職名 氏名 印

私は契約書及び本書面により、これから利用する指定ホームヘルプサービスの
重要な事項について、事業所から説明を受けました。

契約者（扶養義務者等）住所

氏名 印

本人との関係（ ）

児童氏名