

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)

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、当事業所が利用者及び利用者の家族や後見人等（以下、「家族等」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 しょ 人 種	べつ 別	しゃかいふく しほうじん 社会福祉法人
ほう 法	じん しょ 人 所	ざい ち 在 地	え ひめけんまつやま し ふくずみちようこう ばん ち 愛媛県松山市福角町甲1829番地
でん 電	わ ばん 話 番	ごう 号	089－978－1166
だい 代	ひょう しゃ 表 氏	し めい 名	りじちよう よしの みちこ 理事長 芳野 道子

2. 事業所の概要

めい しょう 名 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 2 0 0 7 番地 5
かん り しゃ し め い 管 理 者 氏 名	うつのみや ひろひと 宇都宮 浩人
で ん わ ばん ご う 電 話 番 号	0 8 9 - 9 7 8 - 7 7 7 8 つうじょうえいぎょうじかんばんがい けいたいでんわ 通常営業時間外 携帯電話 0 9 0 - 8 9 7 1 - 1 8 9 0
ふあつくす めーる FAX・メール	ふあつくす FAX : 0 8 9 - 9 7 8 - 7 7 7 6 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 とべちよう 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 がつ び 指 定 年 月 日	へいせい ねん がつ にち 平成 1 8 年 1 0 月 1 日
も く て き 目 的	おくが いどう こんなん りようしゃ りようしゃ 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 をおこな 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	りようしゃ 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 かんきょう 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 環 境に 応じ、外 出時における移動中の介護を適切かつ効果的に おこなう 行うものとする。
だいさんしやひょうか じっしじようきょう 第三者評価の実施 状 況	じっし う む あり 実施の有無 : 有
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

	常勤	非常勤	合計員数	備考
管理者	1名	—	1名	
サービス提供責任者	4名	—	4名	介護福祉士4名 行動援護有資格者3名 同行援護有資格者4名
居宅介護従事者		14名	14名	
介護福祉士	—	3名	3名	
介護員実務者研修 （ヘルパー1級）課程修了者	—	2名	2名	
介護職員初任者研修 （ヘルパー2級）課程修了者	—	9名	9名	
看護師	—	1名	1名	看護師免許1級者再掲
上記の内行動援護 有資格者	—	4名	4名	
上記の内同行援護 有資格者	—	11名	11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」と利用者及び家族等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、利用者や家族等に事前に説明し、同意をいただくとともに、利用者の申し出により、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、利用者又は家族等は、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、利用者及び家族等の同意のもと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。
- 利用者及び家族等のご希望により、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。
 - * 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

(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50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。

自費サービス：15分あたり	500円
30分あたり	1000円
45分あたり	1500円
1時間あたり	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。

（４）利用者負担額及び実費負担額のお支払い方法

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。）

（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、ヘ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利用者が希望する

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利用者に提示するほか、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に十分に配慮します。

利用者及び家族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。（ヘルパーが利用者及び家族等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、家族等に連絡をします。

(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 利用者もしくはご家族等の金銭、預貯金通帳、証書等の預かり
- ③ 利用者もしくはその家族等からの金銭又は物品、飲食の授受
- ④ ご契約者の家族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利用者及び家族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その家族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、利用者又は家族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、利用者及び家族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、利用者及び家族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
受付担当	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	小林 保一	松山市吉藤2丁目17-46	089-922-5265
	福角会評議員	八木 孝教	松山市堀江町甲1378番地5	089-979-0405
	選任・解任委員			
解決責任者	管理者	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	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	運営適正化委員会	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、障害者の擁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、下記の対策を講じます。

- 従業員への虐待防止研修の定期的に行い意識の向上に努めます。
- 虐待防止の為に責任者を設置し対応をいたします。

担当者	氏名	住所	電話番号
虐待防止責任者	菅 英樹	松山市内宮町2007番地5	089-978-7778

【行政機関の虐待受付窓口】

愛媛県障がい者権利擁護センター (福祉総合支援センター)	所在地 松山市本町7-2 電話番号 089-911-2177
松山市保健福祉部 障がい福祉課 (松山市障がい者虐待防止センター)	所在地 松山市二番町4-7-2 電話番号 089-948-6849

1 1. 身体拘束の禁止

事業所は、原則として利用者に対して身体拘束を行いません。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るときは、利用者・家族に対して説明し同意を得たときのみ、次に掲げることに留意して、必要最小限の範囲内で行うことがあります。その場合は、身体拘束を行った日時、理由及び態様等についての記録を行います。

また事業所として、身体拘束をなくしていくための取り組みを積極的に行います。

- (1) 切迫性・・・直ちに身体拘束を行わなければ、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に限ります。
- (2) 非代替性・・・身体拘束以外に、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を防止することができない場合に限ります。
- (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った場合は、直ちに身体拘束を解きます。

令和 年 月 日

指定ホームヘルプサービスの利用にあたり、契約に際し利用者又は家族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(利用者) 住 所 氏 名 印

立会人 住 所 氏 名 印
本人との関係 ()